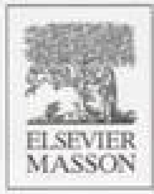
Psychopathologie

Psychopathologie transculturelle

2e édition

Thierry Baubet
Marie Rose Moro

Collection **Les âges de la vie**





ISBN : 978-2-294-70734-5

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex
www.elsevier-masson.fr

Liste des collaborateurs

Baubet Thierry, praticien hospitalier, docteur en psychologie, responsable de la Maison des adolescents de l'hôpital Avicenne AP-HP – université de Paris XIII (EA 3413), psychiatre, rédacteur en chef de la revue *L'autre, Cliniques, Cultures et Sociétés*.

Bouche-Florin Laëtitia, service de psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent et de psychiatrie générale, hôpital Avicenne AP-HP, psychologue clinicienne, cothérapeute à la consultation transculturelle, CSST Boucebci et Maison des adolescents.

De La Noë Quitterie, service de psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent et de psychiatrie générale, hôpital Avicenne AP-HP, psychologue clinicienne.

Heidenreich Félicia, équipe de recherche et d'intervention transculturelles, division de psychiatrie sociale et culturelle de l'Université McGill, Montréal, Québec, Canada, psychiatre, chercheuse-clinicienne associée.

Le Du Catherine, service de psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent et de psychiatrie générale, hôpital Avicenne AP-HP, psychologue clinicienne, consultante pour Médecins Sans Frontières (France).

Mestre Claire, praticien hospitalier, service de médecine interne et des maladies tropicales, CHU de Bordeaux, psychiatre, anthropologue, association Mana (http://associationmana.e-monsite.com).

Moro Marie Rose, professeur des universités, praticien hospitalier, chef du service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital Avicenne AP-HP – université de Paris V, psychanalyste, directrice médicale de la Maison des adolescents de Cochin (Maison de Solenn), directrice de la revue *L'autre, Cliniques, Cultures et Sociétés*.

Real Isabelle, service de psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent et de psychiatrie générale, hôpital Avicenne AP-HP, psychologue clinicienne, cothérapeute à la consultation transculturelle.

Rezzoug Dalila, maître de conférence des universités, praticien hospitalier, service de psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent et de psychiatrie générale, hôpital Avicenne AP-HP – université de Paris XIII, psychiatre, consultante pour Médecins Sans Frontières (France).

Skandrani Sara Marie, Maison des adolescents (Maison de Solenn), hôpital Cochin AP-HP – université de Paris, psychologue clinicienne, docteur en psychologie.

Taïeb Olivier, praticien hospitalier, service de psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent et de psychiatrie générale, hôpital Avicenne AP-HP – université de Paris XIII, psychiatre.

Abréviations

APA	*American Psychiatric Association*
AT	aide au cours du test
BDA	bouffée délirante aiguë
CAPS	*Cross-cultural study of Acute Psychosis*
CAT	*Children Apperception Test*
CHC	Cattell-Horn-Carroll
ELAL	Évaluation langagière pour allophones et primo-arrivants
EMIC	*Explanatory Model Interview Catalogue*
ESPT	état de stress post-traumatique
FCR	figure complexe de Rey
FDI	fonctionnement différentiel des items
IPQ	*Illness Perception Questionnaire*
ITC	*International Test Commission*
K-ABC	*Kaufman Assessment Battery for Children*
MINI	*McGill Illness Narrative Interview*
NEMI	nouvelle échelle métrique d'intelligence
NIMH	*National Institute of Mental Health*
OFPRA	Office français de protection des réfugiés et des apatrides
OMS	Organisation mondiale de la santé
QI	quotient intellectuel
PEI	programme d'expérimentation instrumental
PMI	Protection maternelle et infantile
PN	patte noire
RPM	*Standard Progressives Matrices*
SADD	*The WHO Schedule for Standardized Assessment of Depressive Disorders*
SEMI	*Short Explanatory Model Interview*
T3P	test des trois personnages
TAR	test-apprentissage-retest
TAT	test d'aperception thématique
TEMAS	*Tell-Me-A-Story Thematic Apperception Test*
TPM	trouble de la personnalité multiple
WAIS	*Wechsler Adult Intelligence Scale*
WISC	*Wechsler Intelligence Scale for Children*
WPPSI	*Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence*

Introduction

Thierry Baubet, Marie Rose Moro

Nous avons dépassé le centenaire du voyage de Kraepelin à Java. Cette année-là, en 1904, la psychiatrie européenne rencontrait officiellement la « folie » des autres et la trouvait finalement assez proche de celle des Européens, à condition cependant qu'on la débarrasse de ses oripeaux culturels : il existait certes à Java des tableaux cliniques très « exotiques » comme le *latah* ou l'*amok*, mais ceux-ci pouvaient être ramenés sans trop de difficultés à des entités de la nosologie psychiatrique européenne. La psychiatrie en situation transculturelle est un champ qui a depuis produit de très nombreux travaux, sous-tendus par des théories très variables selon les époques, les contextes scientifiques et sociopolitiques au sein desquels elles sont nées. Ces discours se sont rapidement enrichis et ont dû se complexifier sous l'impulsion des sciences humaines, des recherches menées dans les champs de la psychologie, de la psychanalyse, de l'anthropologie, de la sociologie, de la philosophie, de l'histoire. Ces disciplines ont pu dialoguer ou non, selon les lieux et les époques, mais comparativement à d'autres pays, la psychiatrie « académique » en France a assez peu participé à ce débat.

En un siècle, le contexte a changé. Le nombre de personnes déplacées, réfugiées, de migrants, s'est accru de manière exponentielle. Le Haut Commissariat aux réfugiés de l'Onu évalue à vingt millions le nombre de réfugiés (au sens strict, c'est-à-dire les personnes ayant été obligées de quitter leur pays du fait des violences qu'elles auraient eu à subir si elles y étaient restées), chiffre auquel il faut ajouter trente millions de personnes déplacées dans leur propre pays, quatre-vingts millions de migrants, soit au total 2 % de la population mondiale. Parallèlement, on a assisté à ce que certains ont nommé une « mondialisation » des catégories en psychiatrie (Petryna et Kleinman, 2001), le savoir médical dominant étant celui qui est diffusé au monde entier par le DSM-IV. Ces modifications des flux d'hommes et d'idées nous contraignent à penser aujourd'hui sans doute différemment les rapports entre psychiatrie et cultures.

Mais on ne peut pas penser les choses sans avoir précisé d'où on les analysait. La France est une ancienne puissance coloniale, elle a favorisé une immigration de travail au décours de la seconde guerre mondiale, et a depuis décidé de limiter l'immigration. De nombreux demandeurs d'asile continuent à arriver sur notre sol, ainsi que des personnes en situation irrégulière. Fin 2001 on dénombrait près de 102 000 personnes possédant le statut

de réfugié en France, dont environ un tiers de mineurs, provenant d'Asie (60 %), d'Europe (21 %), d'Afrique (16,5 %), des Amériques (2,3 %)… Une seconde caractéristique, en France, est de nature politique, et passe par le modèle républicain d'intégration. Il ne s'agit pas ici de juger du bien-fondé de ce modèle, mais de souligner à quel point il peut avoir des incidences différentes de celles d'un modèle par exemple multiculturaliste.

Aujourd'hui, chaque praticien est amené à rencontrer des migrants et des enfants de migrants, et nombreux sont ceux qui partent exercer à l'étranger, notamment dans le cadre d'actions humanitaires. Nous avons voulu, pour cet ouvrage, synthétiser les problématiques actuelles, dans une optique théorique et pratique, afin de répondre aux questions que peuvent se poser les cliniciens. Ceci a nécessité une revue de la littérature — non exhaustive tant elle est vaste — de ce sujet. Pour cela, nous nous sommes entourés d'une équipe pluridisciplinaire ayant une habitude de collaboration. Nous envisagerons successivement les différentes approches en psychopathologie transculturelle, les effets de la migration et de l'exil, la question de l'évaluation clinique, celle des tests psychologiques et certains aspects de la psychopathologie aux différents âges de la vie, avant de donner quelques éléments pour la recherche.

Nous espérons montrer ici que la question de la diversité culturelle est un paramètre indispensable à penser, tant pour le diagnostic psychiatrique que pour le soin, et que loin de tout universalisme rigide, de tout relativisme absolu, et de toute fascination pour « l'exotisme », cette contrainte à penser l'altérité des patients, qui d'ailleurs nous conduit *ipso facto* à penser l'altérité *en nous*, est créatrice d'idées, de sens, de métissages… et de nouvelles pratiques de soins ! Ainsi cette question transculturelle appartient à tous.

Bibliographie

Petryna A, Kleinman A. La mondialisation des catégories : la dépression à l'épreuve de l'universel. L'autre, Cliniques, Cultures et Sociétés 2001 ; 2 (3) : 467–80.

I

Culture et psychopathologie

1 Éléments d'anthropologie médicale

Olivier Taïeb, Félicia Heidenreich

Dans le contexte d'un livre sur la psychiatrie transculturelle, il est important de proposer un détour par des notions d'anthropologie médicale. L'anthropologie médicale propose non seulement des descriptions des systèmes médicaux dans des sociétés lointaines, mais elle s'intéresse aussi aux liens entre un système médical et son contexte culturel. Un système culturel est toujours complexe et multiforme. Il change en fonction des apports de l'extérieur et de ses propres mouvements intérieurs. On peut y trouver des processus de métissage et de créolisation (Moro, 1994 ; Bibeau, 1997a). Notre propre culture peut être un sujet d'étude et elle est elle-même faite de plusieurs sous-cultures qui participent à l'image globale.

L'anthropologie médicale a proposé des cadres d'analyse, des modèles pour penser cette complexité et des approches critiques de tout ce qui touche à la maladie, à la personne malade et au système médical dans un sens large. Elle a ainsi fait le lien avec d'autres disciplines comme l'histoire, l'anthropologie générale, la sociologie, la biologie, la pharmacologie, etc.

Une connaissance de la démarche scientifique et de certaines idées plus générales développées dans cette discipline est indispensable pour guider une approche aussi bien théorique que clinique dans la rencontre avec des patients venant de divers horizons culturels. Ces notions peuvent aider à mieux comprendre les représentations, les théories étiologiques, les classifications des maladies et leurs logiques thérapeutiques qui rendent parfois très difficile l'accès à d'autres manières de comprendre la maladie. De plus, le passage par d'autres logiques permet aussi de revoir sa propre pratique médicale comme une pratique façonnée par la culture dans laquelle elle a évolué.

Anthropologie de la maladie/anthropologie médicale : objets et approches

L'anthropologie médicale est « une anthropologie tournée vers la façon dont les sociétés perçoivent, définissent et expliquent ces agressions que sont la maladie et la mort, et les moyens qu'elles emploient pour prendre en charge les demandes de ceux qui les subissent. Par-delà l'immédiateté du mal et de la mort, ce sont des cadres de réponses aux énigmes que sont le

Psychopathologie transculturelle

corps et la vie qui se dégagent alors » (Benoist, 2002, p. 11). Les acceptations du champ de recherche sont très larges, de plus en plus situées en dehors de l'espace thérapeutique et de la relation médecin-malade, et les méthodes employées vont d'approches descriptives et statistiques à des tentatives d'interprétation et de compréhension en passant par des classifications et des comparaisons suivant les courants de pensée prédominants (Sargent et Johnson, 1996 ; Saillant et Genest, 2006). Certains mouvements, surtout en France (Augé, 1986), ont tenté de définir l'objet de recherche par rapport à la maladie — en parlant d'anthropologie de la maladie — pour le ramener à l'anthropologie générale. Pour ces auteurs, le risque existe d'une trop grande spécialisation et fragmentation de l'anthropologie médicale dont les sous-disciplines ne seraient que des calques des spécialités médicales. La santé, la maladie, le malheur en tant qu'événement de la vie de chaque individu concernent toute l'humanité et prennent des formes d'expression et des réponses spécifiques et dépendantes de chaque société. Les réactions face à la souffrance peuvent être institutionnalisées et culturellement codifiées, témoignant ainsi de leur caractère de « production humaine ».

Dès ses débuts, l'anthropologie médicale s'est posé la question du normal et de l'anormal, de ce qui est l'idéal et ce qui représente la déviation. C'est Ackerknecht qui a essayé d'élucider ces questions en introduisant les catégories auto-/hétéropathologique *versus* auto-/hétéronormal pour montrer l'importance de déterminer la position de celui qui décrit la maladie (Sargent et Johnson, 1996). Le point de vue du chercheur et ses références (médicales ou non) peuvent être diamétralement opposés aux références locales. Il est donc indispensable de se questionner sur ses propres références et surtout sur les difficultés qui apparaissent dans la rencontre avec d'autres réalités. L'analyse par le chercheur de ses résistances et de son contre-transfert par rapport à son objet peut lui donner beaucoup d'information sur son sujet de recherche (Devereux, 1980). La démarche scientifique propose deux possibilités : ramener les phénomènes aux schémas que l'on connaît déjà ou inventer des nouvelles catégories. C'est le classique mouvement dialectique entre universalisme et particularités culturelles. C'est dans cette perspective qu'ont été décrits les syndromes liés à la culture (*culture-bound syndromes*). Les nombreux débats et controverses autour de ces tableaux cliniques ont surtout montré l'importance du rapport entre expression et interprétation d'un état pathologique et le milieu dans lequel cet état survient, ou mieux, se met en scène.

L'anthropologie médicale a été aussi marquée à ses débuts par l'étude des pratiques ethnomédicales et des systèmes de médecine dans différentes aires culturelles avec un intérêt important pour le symbolique et le religieux. Elle s'est ensuite intéressée aux systèmes de santé en Occident (Laplantine, 1986 ; Fainzang, 2001a ; Saillant et Genest, 2006). Les analyses ont porté alors sur les relations entre soignants et soignés, sur les différentes instances

officielles et secrètes auxquelles les malades ont recours, sur les représentations de la maladie et du corps, sur la formation des médecins…

Sans faire ici un récapitulatif de l'histoire de l'anthropologie médicale, il est important de mentionner les conclusions aberrantes auxquelles elle a pu parvenir surtout dans le contexte colonial. Certaines descriptions ont tenté de prouver une suprématie de l'Occident pour livrer des arguments évolutionnistes à la politique coloniale. Maladies et rituels de guérison ont été pris comme preuves de dégénérescence ou d'infériorité des peuples colonisés. Encore aujourd'hui, certaines descriptions parlent de « primitif », de « prémédical »… Une vigilance concernant la position de laquelle on parle et le vocabulaire que l'on utilise s'impose donc toujours.

Good (1998), dans son livre *Medicine, rationality and experience*, distingue quatre approches de l'anthropologie médicale. Il place les travaux de Kleinman (1980) sur les modèles explicatifs dans le courant de l'anthropologie interprétative, c'est-à-dire « centrée sur le sens » qui considère les représentations de la maladie comme des réalités culturellement constituées. Les trois autres courants sont issus pour le premier de la tradition empiriste pour laquelle les représentations de la maladie sont des croyances populaires, pour le deuxième de l'anthropologie cognitive et pour le dernier de l'anthropologie « critique » pour laquelle les représentations de la maladie sont témoins des relations de pouvoir en jeu. Cette distinction, même si elle est schématique, est intéressante.

Dans la tradition empiriste, l'idéal est une représentation de la maladie exempte de culture. La maladie est considérée comme une réalité objective, les biosciences fournissent des représentations neutres et réalistes et la culture populaire, comprise comme un mode d'adaptation, abonde en métaphores dangereuses et fondamentalement fausses. Le projet est donc l'éducation du patient afin qu'il modifie ses comportements irrationnels. Une prééminence est accordée à l'individu qui est apte à évaluer ses symptômes, à examiner les solutions dont il dispose, puis à effectuer un choix délibéré parmi elles. La vision de l'homme est très utilitariste, c'est le modèle du malade rationnel, autonome, qui va optimiser ses chances. Pour Good, cette approche peut être importante en santé publique « mais pour l'anthropologue, remplacer la culture populaire erronée par l'information libre d'*a priori* de la science paraît un objectif profondément inadéquat » (Good, 1998, p. 112). Certains travaux en psychologie de la santé sont issus de ce courant comme ceux autour du *Health Belief Model*.

Dans l'anthropologie interprétative, le système médical est un système culturel et donc un domaine distinct de la recherche anthropologique. « Alors que beaucoup d'auteurs ont, dans le courant empiriste, considéré la maladie comme faisant partie de la nature et comme extérieure à la culture, et que les anthropologues cognitivistes ont été, d'une manière générale,

indifférents au statut épistémologique de la maladie, les anthropologues de l'école interprétative ont placé le rapport de la culture à la maladie au centre de leur analyse » (*ibid.*, p. 125). Pour ce courant, la maladie appartient à la culture, en particulier à la culture spécialisée de la médecine : « La culture n'est pas seulement un moyen de se représenter la maladie, elle est essentielle à sa propre constitution en tant que réalité humaine. Des phénomènes humains complexes sont définis comme « maladie » et par-là même deviennent l'objet de pratiques médicales » (*ibid.*, p. 126). Pour cette école, « c'est la croyance erronée que la maladie telle que nous la connaissons est donc naturelle et se situe en conséquence au-dessus ou au-delà de la culture (ou bien plus profond), qui constitue une erreur catégorielle (*category fallacy*) » (*ibid.*, p. 126). Il ne s'agit donc pas d'une riposte idéaliste au réductionnisme biologique, mais d'« un argument constructiviste selon lequel la maladie est constituée par l'acte interprétatif et ne peut être saisie que par lui » (*ibid.* p. 127). De cette façon, « la culture constitue une passerelle symbolique entre les significations intersubjectives et le corps humain » (*ibid.*, p. 128). Ce courant analyse comment les interprétations de la maladie agissent parallèlement aux processus sociaux, psychologiques et physiologiques pour produire des formes et des trajectoires distinctes de la maladie. De nombreux travaux ont entrepris une analyse des structures et des processus symboliques associés à la maladie dans différentes traditions thérapeutiques. L'étude des réseaux sémantiques (*semantic networks*) rentre dans ce cadre. Elle permet d'enregistrer systématiquement les domaines de sens associés aux symboles clés et aux symptômes dans un lexique médical, domaines qui reflètent et qui provoquent les modes de vécu et les rapports sociaux, et fait de la maladie un « syndrome de signification et d'expérience » (*ibid.*, p. 130). D'autres travaux se sont concentrés avec une perspective herméneutique sur l'expérience subjective de la maladie et sur les difficultés à en rendre compte à travers le développement de l'intérêt pour la narrativité (Kleinman, 1988 ; Mattingly et Garro, 2000).

La dernière école est celle de l'anthropologie critique qui s'est développée à partir de la fin des années 1980 à la fois dans l'échange et en réaction avec le courant interprétatif. Cette école, avec notamment Lock, Scheper-Hugues et Young, a intégré à sa réflexion l'histoire et l'analyse du colonialisme et l'économie politique pour évaluer les rapports entre les forces politiques et économiques au sens large et les maladies (Fainzang, 2001a ; Benoist, 2002 ; Saillant et Genest, 2006). Pour cette école qui s'appuie beaucoup sur les travaux de Foucault (1973 ; 1978) sur le pouvoir et la biopolitique, les représentations de la maladie ne sont pas seulement des réseaux de signification mais sont aussi responsables de mystification puisqu'elles camouflent les relations sociales et surtout les rapports de pouvoir. Elles peuvent alors être au service d'un pouvoir quel qu'il soit, y compris médical. Le pouvoir médical peut, entre autres, assujettir les patients. Les objectifs sont donc de mettre à

jour tout ce qui est caché. Dans la même perspective, la maladie peut aussi être comprise comme un acte de résistance à un pouvoir. Il peut également s'agir d'analyser les relations et les différences entre les sexes à travers les pratiques concernant le corps sain et le corps malade en les prenant comme lieu d'observation (*body politic*) (Lock et Scheper-Hugues, 1990), de décrire la souffrance individuelle sans éclipser les violences structurelles (*structural violence*) (Farmer, 1992 ; 2003 ; Scheper-Hugues et Bourgois, 2004) ou de mettre en évidence les relations de pouvoir dans les systèmes de santé (Fassin, 1992). Ces travaux s'intéressent à la souffrance sociale (*social suffering*) qui ne peut être réifiée ni réduite en maladie (Kleinman et coll., 1997 ; Das et coll., 2001). Ces approches permettent de sortir du médicocentrisme et de ne pas accepter d'emblée les catégories médicales et leurs significations.

Construction sociale et représentations de la maladie

Les différentes formes d'expression et d'expérience de la souffrance ont été le sujet de nombreuses recherches. Partant de la description d'un système médical dans une culture donnée, la plupart des chercheurs ont tenté de systématiser la pensée observée en la mettant dans le contexte du système social global et en la confrontant à d'autres systèmes culturels. Sous cette lumière, la maladie ne paraît plus comme un événement isolé, mais comme un fait social dont l'expression est construite selon les représentations prédominantes du malheur, de la vie et de la mort.

Construction sociale, causalité et sens de la maladie

Dans l'introduction du livre *Le sens du mal. Anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*, Augé et Herzlich (1984, p. 9) posent les données du problème : « Pour toute société, la maladie fait problème, exige l'interprétation : il faut qu'elle ait un sens pour que les hommes puissent espérer la maîtriser ». Mais ils insistent rapidement sur sa complexité : « Nous aurions donc ici affaire à un objet en quelque sorte dédoublé : l'interprétation locale de la maladie est une chose ; l'interprétation de cette interprétation serait elle-même susceptible de varier selon qu'elle serait le fait de méthodes différentes (anthropologiques, sociologiques, historiques) ou s'appliquerait à des sociétés différentes (…). Ajoutons, pour achever de brouiller les pistes, que mal, maladie et malheur ne sont pas des notions *a priori* identiques. » (*ibid.*, p. 9)

Pour Augé, la maladie constitue une « forme élémentaire de l'événement », comme la naissance et la mort, en ce sens qu'il s'agit d'un événement biologique individuel s'inscrivant sur le corps d'un individu mais dont l'interprétation, imposée par le modèle culturel, est immédiatement sociale.

Ce sont des formes simultanément individuelles et sociales. La tâche de l'anthropologie de la maladie est de reconnaître, dans n'importe quelle société, la part sociale de toute maladie. Augé critique vivement la distinction classique faite par certains anthropologues dans les années 1950 et 1960, avec une perspective évolutionniste, entre une médecine magico-religieuse qui serait à visée étiologique et une médecine empirico-rationnelle qui serait, elle, à visée symptomatique. Pour lui, cette coupure naît de l'observation scientifique occidentale, « mais elle n'est pas le fait des cultures païennes ; celles-ci ne distinguent pas un domaine qui ne serait accessible qu'au savoir et un domaine qui ne serait accessible qu'à la foi » (Augé, 1986, p. 84). Le risque de cette séparation entre une pensée magique, archaïque, et une pensée rationnelle, moderne et occidentale, est de ne considérer que les dimensions étiologiques de la maladie comme étant sociales. La maladie n'est pas « seulement sociale par la cause qu'on lui recherche ou qu'on lui suppose ». Son hypothèse est « qu'une même logique intellectuelle commande la mise en ordre biologique et la mise en ordre social, qu'il y a en quelque sorte, dans une société donnée, une seule grille d'interprétation du monde s'appliquant aussi bien au corps individuel qu'aux institutions sociales » (Augé et Herzlich, 1984, p. 36). Le caractère social de la maladie se définit, selon lui, par rapport à trois « logiques » définissant l'« idéo-logique » : une logique des différences qui ordonne les symboles, qui servent à penser le social, les uns par rapport aux autres, une logique des références qui établit les relations entre cette logique des symboles et l'ordre social et une logique de l'événement ou chrono-logique « qui soumet les rapports de sens constitués par les deux premières à l'évidence d'un rapport de forces dévoilé par l'histoire » (*ibid.*, p. 57) et qui correspond à la nécessité de prendre en considération simultanément l'évolution propre du symptôme et les réactions des groupes et des individus que cette évolution met en cause. Le modèle diagnostique et thérapeutique est « cohérent », soit de façon « fermée », soit, le plus souvent, de façon « virtuelle », c'est-à-dire qu'il ouvre, de façon indéfinie, la possibilité exclusive, alternative ou cumulative des deux approches, l'une cherchant la détermination de la cause, l'autre l'analyse du symptôme. L'adéquation n'est pas nécessairement totale, entre le diagnostic et le traitement, et aussi entre l'analyse du symptôme et l'établissement de la cause : « On peut concevoir que le cheminement interprétatif et le cheminement thérapeutique soient plus ou moins convergents ou divergents selon les cultures ou, à l'intérieur d'une même culture, selon les maladies » (*ibid.*, p. 81). Pour ces auteurs, si la maladie fait toujours l'objet d'une interprétation sociale, cela n'entraîne pas toujours l'existence dans toutes les sociétés d'équivalent de ce qui fait un système médical dans les sociétés industrielles (Augé, 1986).

Dans une perspective proche, la question de la causalité et du sens de la maladie a été l'objet de nombreux travaux. Sindzingre (1984) a défini deux

types de causalité, une *a priori* et une autre *a posteriori*. La désignation des troubles et de leur cause relève de la causalité *a priori* qui définit plus un ordre des possibles qu'un ordre nécessaire. Les symptômes entretiennent des rapports fluctuants avec leurs causes, le passage d'une cause à l'autre est toujours possible lorsque les circonstances l'exigent. Le registre de l'interprétation (et du diagnostic) et celui de la thérapeutique peuvent être séparés, l'application de la causalité n'étant pas évaluée sur des critères d'efficacité thérapeutique. C'est pour cela que « l'efficacité — reconnue — de la biomédecine occidentale n'affecte pas la pensée causale puisque celle-ci n'a justement pas cette efficacité, mais l'explication, pour fonction première » (Sindzingre, 1984, p. 122). Dans la même perspective, l'idée de « cause » est constitutive de la notion même de maladie pour Zempléni (1985). Le diagnostic de maladie comporte au plus quatre opérations et questions correspondantes qui montrent la pluralité des causes :

« La reconnaissance du symptôme ou de l'état de maladie et de son éventuelle nomination : *de quel* symptôme ou quelle maladie s'agit-il ?

- la perception ou la représentation de sa *cause* instrumentale : *comment* est-elle survenue ?
- l'identification éventuelle de l'*agent* qui en est responsable : *qui ou quoi* l'a produite ?
- la reconstitution de son *origine* : *pourquoi* est-elle survenue en ce moment, sous *cette* forme et chez *cet* individu ? » (Zempléni, 1985, p. 21).

« La *cause* est donc le *moyen* ou le *mécanisme* — empirique ou non — de l'engendrement de la maladie. L'*agent* est ce qui détient la *force efficace* qui la produit. L'*origine* est l'événement ou la conjoncture historique dont l'éventuelle reconstitution rend intelligible l'irruption de la maladie dans la vie des individus » (*ibid.*, p. 21). Il n'est, bien sûr, nullement indispensable de connaître tous ces éléments pour proposer un traitement. Zempléni reprend la notion des deux types de causalité, *a priori* et *a posteriori*. La première est formée par un ensemble d'énoncés *a priori* sur les connexions nécessaires ou possibles entre les divers symptômes et leurs causes, leurs agents et leurs origines. La seconde est constituée d'un ensemble d'élaborations souvent complexes appelées « conjonctures étiologiques » que l'apparition, l'évolution ou la répétition de la maladie suscite et modifie à des moments donnés et dans des contextes sociaux donnés. Ces deux registres de causalité coexistent dans toute médecine, ne se recouvrent pas et ne sont pas nécessairement congruents.

Les travaux de sociologie de la maladie (Augé et Herzlich, 1984 ; Herzlich et Pierret, 1991) insistent aussi sur la dimension sociale de la maladie qui « incarne notre rapport conflictuel au social » (Augé et Herzlich, 1984, p. 23). La maladie « entraîne toujours la formulation de questions ayant trait à ses causes (...) et encore plus à son sens : "pourquoi moi", "pourquoi lui",

“pourquoi ici”, “pourquoi maintenant” » (*ibid.*, p. 201). Ces questions exigent une interprétation qui dépasse le corps individuel et le diagnostic médical : « La réponse qui y est faite excède la recherche de causes et devient quête de sens » (Herzlich et Pierret, 1991, p. 134). Les « séquences de malheurs » attendent des explications. Il ne s'agit pas d'une survivance et ce besoin de sens ne s'exerce pas seulement dans les failles de la médecine. À travers les conceptions de la maladie, il est question de la société et du rapport de l'individu à la société. C'est pour cela que les représentations « profanes » de la maladie ne sont pas réductibles aux conceptions médicales du pathologique : « Elles n'en sont pas un appauvrissement ou une distorsion. Elles se situent sur un autre plan et répondent à d'autres questions. Elles ne sont pas pour autant isolées et peuvent intégrer de nombreux éléments du savoir médical. En retour, la médecine est d'ailleurs moins indépendante qu'il n'y paraît du discours collectif » (Augé et Herzlich, 1984, p. 207). La pensée profane de la causalité de la maladie n'est donc jamais indépendante du développement des modèles médicaux mais elle n'y est pas pour autant simplement subordonnée. La médecine se nourrit aussi des observations issues de la pensée profane et la question du sens n'y est pas non plus évacuée.

Laplantine (1986) a cherché à identifier les modèles de la maladie et de la guérison. Dans le modèle ontologique, la maladie est isolable et souvent localisable dans le corps du patient, comme dans l'anatomopathologie : c'est la maladie-altérité. Dans le modèle fonctionnel, la maladie survient parce qu'il existe une rupture dans l'équilibre entre l'homme et lui-même, comme dans la médecine des humeurs ou la physiopathologie, ou entre l'homme et le monde, le cosmos ou plus simplement son milieu social : c'est la maladie-altération. Dans le modèle exogène, la maladie est due à l'action d'un agent étranger au malade qui, du dehors, vient s'abattre sur lui. Il peut s'agir de « la volonté mauvaise d'une puissance anthropomorphe ou anthropomorphisée » (Laplantine, 1986, p. 77), comme un génie, ou un esprit ou un agent nocif appartenant à l'environnement du sujet. Dans la pensée médicale contemporaine, professionnelle comme profane, l'imputation est orientée dans deux directions principales, une causalité naturelle, comme dans la microbiologie de Pasteur, et une causalité culturelle ou sociale, le « mode de vie » devenant le principal responsable. Face aux causes exogènes qui attaquent par surprise et pénètrent par effraction dans l'organisme, il faut alors savoir se défendre et résister. Dans le modèle endogène, la maladie vient de l'intérieur même du sujet. Elle dépend de son tempérament, de sa constitution, de ses humeurs, de son hérédité, de son patrimoine génétique, etc.

À partir de ses modèles, Laplantine identifie deux constellations étiologicothérapeutiques. La première reprend la conjonction étiologique réunissant les modèles ontologique et exogène. Pour lui, c'est le système de représentation anthropologiquement le plus universellement partagé : « la maladie

résulte de la pénétration d'un élément étranger et hostile introduit de l'extérieur dans le corps ou l'esprit du malade » (*ibid.*, p. 235). Comme l'étiologie est appréhendée en termes d'effraction, « la guérison consistera alors logiquement en une opposition venant de l'extérieur combattre cette effraction » (*ibid.*, p. 236). La maladie est une aberration dépourvue de sens dont il faut empêcher rapidement l'évolution. Des processus de distinction (normal/pathologique, malade/sain, soignant/soigné) et de désignation des responsables sont souvent à l'œuvre. Il faut faire la guerre à la maladie et il n'est pas possible de faire confiance à la nature. La seconde constellation est obtenue par la conjonction étiologique formée par les modèles fonctionnel et endogène. La maladie n'est plus perçue comme une réalité étrangère au patient. La maladie n'est alors pas le contraire de la santé, car il n'existe pas de maladie en soi, pas plus que de santé en soi. Le traitement sera alors régulateur, accordant la priorité aux potentialités propres du malade. De ces deux constellations, la première est la plus répandue et la plus simple à adopter. Pour Laplantine, sur le plan thérapeutique, « nous sommes beaucoup plus facilement enclins (et cela dans toutes les sociétés) à admettre la jugulation par « l'autre » que la réactivation du « même » » (*ibid.*, p. 244). Dans la pensée médicale contemporaine, existe un « spécifisme étiologique » important. Les progrès de la médecine tentent de mettre en évidence des pathologies de plus en plus précises et différenciées les unes des autres nécessitant ensuite un « spécifisme thérapeutique » croissant. La pensée médicale, le plus souvent anatomoclinique, confère aussi une priorité plus grande à l'espace, à la localisation de la lésion au détriment du temps. Laplantine ne critique pas l'objectif de compréhension authentiquement biologique de la médecine, qui lui apparaît tout à fait légitime, mais critique à la fois le risque de dérive idéologique d'une pratique qui réduit le vivant à « des relations mécanistes de cause à effet qui n'ont rigoureusement rien à voir avec la science » et le risque de « biologisation du psychologique, du social et du politique » (*ibid.*, p. 322).

Systèmes de soins, modèles explicatifs et récits de maladie

Les travaux de Kleinman à la fin des années 1970 ont eu une influence considérable en anthropologie médicale. Deux notions y sont définies, celle de système de soin (*health care system*) et celle de modèle explicatif (*explanatory model*) (Kleinman, 1980).

Les systèmes de soins rassemblent le réseau des réponses aux problèmes humains entraînés par la maladie : croyances étiologiques, choix des traitements, statuts et rôles légitimés socialement lors des actions sur le malade, relations de pouvoir qui les accompagnent. Ce sont des systèmes sociaux et culturels qui construisent la réalité clinique de la maladie. La culture n'est

pas le seul facteur qui modèle leurs formes : les facteurs politiques, économiques, sociaux, historiques et environnementaux jouent aussi un rôle important dans leurs constructions. Ils sont composés de trois secteurs qui se chevauchent : les secteurs populaire, professionnel et traditionnel. Dans chaque système de soins, la maladie est perçue, nommée et interprétée et un type spécifique de soins est appliqué. Le sujet malade rencontre différents discours sur la maladie quand il passe d'un secteur à un autre. La structure propre à chacun des secteurs d'un système de soins donné conditionne l'expression de la souffrance et les attentes thérapeutiques des malades.

Le secteur populaire est le plus important mais aussi le moins étudié. C'est le lieu où la maladie est définie pour la première fois et où les activités de soins peuvent être initiées. C'est au sein de ce secteur que la plupart des maladies sont entièrement prises en charge. C'est le lieu de l'identification du trouble et de l'évaluation de ses retentissements par l'individu et par sa famille. Lieu de l'automédication, il est aussi celui des conduites préventives avec une plus grande préoccupation pour la santé et son maintien que pour la maladie. C'est à partir de ce secteur que le sujet malade décide ou non de s'adresser aux secteurs professionnel et traditionnel. Le secteur professionnel regroupe les professions de santé organisées. C'est le plus puissant, en raison principalement de son haut degré d'institutionnalisation. Il concerne la médecine scientifique moderne et il est fortement autocentré. De ce secteur, n'est souvent pas perçu l'ensemble du système de soins. Dans certains pays comme la Chine ou l'Inde, il peut y avoir aussi un secteur professionnel local différent du secteur professionnel biomédical. Le secteur traditionnel est formé de spécialistes non professionnels. Certaines de ses composantes sont proches du secteur populaire, d'autres proches du secteur professionnel. Il peut s'élargir vers la religion et le sacré. Kleinman insiste sur le fait que c'est le système pris dans sa totalité qui soigne et non seulement les thérapeutes. Ses cinq fonctions sont les suivantes :

- la construction culturelle de la maladie (*illness*) comme une expérience psychosociale ;
- l'établissement de critères généraux pour guider le processus de recherche de soins et pour évaluer les traitements parmi toutes les possibilités existantes ;
- la prise en charge des épisodes de maladie par un réseau de communications ;
- la nomination et l'explication de la maladie, les activités de soins à proprement parler qui incluent toutes les interventions thérapeutiques des médicaments à la chirurgie en passant par les rituels ;
- la prise en charge des issues thérapeutiques qui incluent la guérison, les échecs des traitements, les rechutes, les récidives, la chronicisation, l'invalidité et la mort.

Kleinman rappelle la dichotomie entre la maladie-*disease* et la maladie-*illness* d'Eisenberg (1977) proche de la séparation « maladie du médecin » et « maladie du malade » (Canguilhem, 1966). La maladie-*disease* se réfère à un dysfonctionnement d'un processus biologique et/ou psychologique, la maladie-*illness* se réfère à l'expérience psychosociale de la maladie et à sa signification. Tous les symptômes d'une maladie sont modulés à travers l'expérience de l'*illness*. Un troisième terme existe en anglais, c'est *sickness* qui désigne la réalité sociale de la maladie avec notamment l'entourage du patient. Cette distinction est proche de celle entre les termes émique (*emic*) et étique (*etic*) proposée initialement dans les années 1950 (Headland et coll., 1990, cité par Weiss, 2001) en linguistique. Le terme émique rend compte des représentations des communautés locales, le terme étique désigne la perspective professionnelle, extérieure au contexte local. Quoi qu'il en soit, une séparation claire entre les représentations profanes de la maladie et les représentations des professionnels reste illusoire, les unes influençant les autres et réciproquement.

Kleinman définit l'existence, dans chaque secteur, de modèles explicatifs de la maladie pour l'individu malade, pour sa famille et pour le praticien qu'il soit professionnel ou non. Seule une partie d'un modèle explicatif est consciente, le reste demeurant inconscient. Les modèles explicatifs cherchent à expliquer la maladie selon cinq axes : l'étiologie, le moment et le mode d'apparition des symptômes, la physiopathologie, l'évolution du trouble (avec le degré de sévérité, le type d'évolution aiguë, chronique, etc.) et le traitement. Ils doivent être distingués des croyances générales autour des maladies et des techniques de soins. Ces croyances appartiennent à l'idéologie des différents secteurs du système de soins et existent indépendamment de la maladie d'un sujet. Les modèles explicatifs, eux, sont rassemblés en réponse à un épisode particulier de maladie chez un sujet donné dans un secteur donné. Ils regroupent l'ensemble des réseaux sémantiques qui relient le vécu des troubles et les représentations des patients, des soignants et de toute autre partie concernée par la maladie. Ceux des profanes sont souvent vagues, transportent de multiples sens, peuvent changer. Ils sont rarement invalidés par l'expérience. Ils sont, en général, suffisamment souples pour couvrir un spectre large d'expériences et suffisamment imprécis pour ne pas être infirmés par l'évolution du trouble. Les modèles explicatifs sont donc le principal moyen de construction de la réalité clinique.

La relation thérapeute-malade peut être conceptualisée comme une négociation entre le modèle explicatif du patient et celui du médecin, à condition, bien sûr, qu'il y ait énonciation des deux, puis analyse, chaque modèle étant analysé dans les termes de l'autre et, enfin, transfert, chaque modèle pouvant être éventuellement modifié par l'interaction et pouvant, à son tour, modifier les modèles d'autres acteurs. Le modèle explicatif du médecin

peut d'ailleurs être divisé en deux, un théorique qui témoigne de son savoir et un autre clinique qu'il va restituer dans la relation. À l'issue de la négociation, il existe quatre devenirs possibles du modèle explicatif du patient :

- le patient s'approprie le modèle du médecin, tout en conservant le sien ;
- il accorde davantage d'importance au sien par rapport à celui du médecin ;
- il n'en conserve qu'un des deux ;
- ou, enfin, il en acquiert un entièrement nouveau à partir d'une autre source d'information.

Il peut aussi y avoir des divergences entre le modèle du patient et celui de sa famille.

Cette approche en termes de modèle explicatif a permis de renouveler la réflexion sur l'observance, une issue thérapeutique satisfaisante pouvant être obtenue même si les modèles du patient et du médecin ne sont pas isomorphes à condition qu'ils aient pu être énoncés et explicités de part et d'autre. Elle a aussi ouvert un champ de recherche autour des interactions entre patients et médecins dans différents secteurs du système de soins. Toutefois, des critiques ont été émises contre certains aspects jugés trop cognitivistes. Pour Young (1982), la notion de modèle explicatif construit de toutes pièces un « homme rationnel » caractérisé, tout d'abord, par l'absence de différence entre son discours manifeste et ses intentions latentes, ensuite, par un savoir qui s'appuie sur l'expérience et qui écarte d'éventuelles contradictions et, enfin, par un raisonnement de type essentiellement déductif et inductif. Quand il tombe malade, cet « homme rationnel » n'est capable de se représenter les événements de sa maladie qu'en termes de causalité. Ainsi, il peut tenter de prédire et de contrôler ce qui lui arrive en ayant une conduite pragmatique et logique par rapport aux soins qui lui sont proposés. La critique de Young s'appuie sur un argument important : selon lui, certains comportements ne peuvent être considérés ni comme rationnels, ni comme irrationnels dans la mesure où ils ne relèvent pas d'une logique de causalité. Kleinman a répondu à la critique de Young. Pour lui, la notion de modèle explicatif ne crée pas un homme rationnel stéréotypé pour le clinicien et le chercheur puisqu'elle tient compte des dimensions intrapsychiques et interpersonnelles du sujet. Plus tard, Kleinman (1998 ; 1995) nuancera sa position en insistant davantage sur le fait que les modèles explicatifs ne sont pas des représentations cognitives fixées une fois pour toutes et qu'ils peuvent changer au cours du temps et se contredire.

Dans le sens de sa critique, Young (1982) a proposé une nouvelle approche. Selon lui, les récits de maladie révèlent au moins trois formes distinctes de structures de connaissance (*knowledge structure*) exprimées dans les discours des patients : un modèle explicatif, un « prototype » et « un complexe en chaîne » (*chain complex*) (Groleau et coll., 2006). Les modèles explicatifs se réfèrent

aux symptômes et aux représentations de la maladie organisés en termes de relations de cause à effet et en rapport avec l'étiologie, la physiopathologie, l'évolution et le traitement. Même s'ils peuvent être différents, ils sont structurés de la même façon que le savoir biomédical du médecin. Les prototypes sont des événements ou des épisodes passés qui servent d'exemples à un type particulier d'expérience de la maladie. Le sujet raisonne de façon analogique, en rassemblant des images et des métaphores issues de sa propre expérience passée de la maladie ou de celle de quelqu'un d'autre auquel il s'identifie au moins partiellement. Ces images lui servent de modèles pour anticiper les événements à venir et l'évolution. Ces prototypes ne sont pas organisés en termes explicites de causalité. Ils sont beaucoup moins stables dans le temps que les modèles explicatifs. Ils sont aussi plus rarement partagés par d'autres et dépendent davantage de l'histoire individuelle du sujet. Comme ils ne sont pas régis par des relations de causalité, ils peuvent moins facilement intégrer le diagnostic et le traitement de la maladie. Enfin, les complexes en chaînes impliquent une série d'événements, qui ont mené, selon le sujet, au trouble actuel. Ces événements ne sont toujours pas organisés en fonction de liens de causalité mais en fonction de rapports de contiguïté temporelle. Ils ne permettent pas au sujet, contrairement aux prototypes, d'anticiper l'évolution. La formation des prototypes et des complexes en chaîne est très influencée par des facteurs psychologiques. Certains événements sont donc juste reliés entre eux sans aucun lien causal, ce sont ceux en rapport avec le prototype et le complexe en chaîne, d'autres sont en relation avec un lien de causalité important organisant alors le modèle explicatif. Selon Young (1982), ces différentes formes de structures de connaissance coexistent en général et peuvent être utilisées de façon différente selon les individus, selon les cultures et selon le type d'interaction sociale en jeu.

Nosographies, diagnostics et traitements

Maladies et langages du corps

La maladie et le malheur nécessitent donc qu'un sens soit donné à l'événement. Pour parler de la maladie et de ses causes, chaque langue a trouvé ses mots, ses concepts et ses descriptions qui permettent de partager l'information et le savoir. La mise en réseau des appellations des souffrances a donné lieu à des systèmes de classification où les différentes affections sont regroupées selon leur étiologie, leur aspect, etc. Par exemple, Jaffré et coll. (1999) ont publié un recueil d'études sur des entités nosologiques en Afrique de l'Ouest. Young (1995) a donné l'exemple de la création du syndrome de stress post-traumatique (*Post Traumatic Stress Disorder*) comme entité clinique. Il a mis l'accent sur le fait que ce processus dépendait de multiples facteurs historiques, idéologiques, politiques et sociaux.

La manière de parler d'une maladie, de ses causalités et de leurs liens reflète ainsi les rapports de pouvoir qui existent dans une société donnée et l'importance que Foucault accorde au « discours » comme pouvoir disciplinaire montre ici toute sa pertinence (Foucault, 1973).

Des interactions existent entre les systèmes nosographiques et les formes de diagnostics. Ce qui existe en tant qu'entité nosographique doit souvent être perçu et même « vu » et inversement. Pour le diagnostic, dans de nombreux systèmes médicaux, le regard occupe une grande place : la voyance et l'intuition où des spécialistes voient la cause de la maladie, l'observation et les examens avec leurs appareils les plus sophistiqués, les ordalies et les oracles qui voient en invoquant le monde surnaturel… Au centre de ce regard diagnostique est le corps humain dans tous ses états (Foucault, 1963). La maladie en soi peut être interprétée comme langage du corps pour exprimer ce que les mots ne contiennent pas (ou plus). Là, où le corps de l'individu n'est perçu que comme une partie du corps social, la souffrance exprimée à travers un corps malade témoigne aussi de celle du corps social entier. Pour cela, il n'est pas étonnant que le diagnostic puisse parfois se passer de la présence du malade et que la thérapie puisse aussi impliquer son entourage.

L'anthropologie médicale a donc suscité une réflexion sur le corps et sur les représentations qui l'entourent pour pouvoir mieux apprécier la valeur et le sens des symptômes (Le Breton, 1990 ; Lock, 1993). La distinction cartésienne entre corps et âme ne trouve pas toujours d'équivalent dans toutes les aires culturelles et la différenciation entre maladie somatique et maladie psychique n'est souvent pas aussi claire que l'on peut le supposer. Kirmayer et Young (1998) ont ainsi analysé la somatisation comme un concept occidental et ont proposé de nouveaux cadres interprétatifs pour les symptômes somatiques. Ils ne les voient plus seulement comme indicateurs de maladie somatique ou psychique, mais aussi comme métaphores ou comme prises de position dans un contexte social donné voire comme signes de protestation sociale. Des travaux ont aussi tenté de ne plus partir du corps biologique en tant que catégorie, vérité et savoir mais de se situer sur le terrain des possibilités multiples d'interpénétration du social, du subjectif et du biologique, l'histoire et la mémoire pouvant être « incorporées ». Les travaux de Lock (1993) sur les *local biologies* en sont un exemple.

Anthropologie des réponses à la maladie : thérapeutiques, rituels, traitements

Une fois le diagnostic posé, la cause de la maladie déterminée, prend place la thérapeutique. L'anthropologie médicale s'est beaucoup intéressée aux moyens thérapeutiques surtout avec l'ethnopharmacologie et l'ethnobotanique, mais aussi dans l'étude des rituels et des pratiques magico-religieuses. Les traitements reposent sur des sources de savoir différentes. Les maladies

simples et sans complications relèvent souvent d'un savoir populaire, elles sont soignées par des conseils hygiéno-diététiques ou par l'administration de préparations de plantes. Les traitements des affections plus compliquées où la détermination de la causalité est essentielle sont du ressort de spécialistes détenteurs d'un savoir parfois secret et transmis selon des règles et des modalités précises. Ainsi il peut s'agir de réparer une transgression, d'amadouer des esprits fâchés, de rétablir un équilibre dans le corps ou dans l'environnement, de purifier le corps, de faire les offrandes aux ancêtres, d'expulser la maladie du corps, de payer une dette, de faire des protections, etc. Le traitement prescrit suit le plus souvent les logiques de la causalité mais pas toujours et répond donc à la question de sens posé par l'événement maladie.

Il s'agit souvent de rituels thérapeutiques impliquant non seulement la personne atteinte, mais aussi son entourage dans une démarche communautaire qui part du principe, expliqué plus haut, selon lequel la maladie n'est jamais l'affaire d'une seule personne. La personne atteinte porte le symptôme et témoigne ainsi d'un mal-être de son groupe. Les rituels ont donc un sens profond et agissent à travers des actions, des paroles et des objets. Lévi-Strauss (1958) a introduit la notion d'« efficacité symbolique » pour essayer de comprendre ce qui « fait effet » dans les rites de guérison. Le symbolique se retrouve dans presque tous les éléments du rituel de guérison. C'est l'action dans le rituel qui par analogie devient efficiente au niveau de la maladie. L'exemple des plantes médicinales dont l'aspect ou le nom peuvent indiquer l'utilité thérapeutique (par exemple, une écorce rugueuse pour soigner des affections cutanées du même aspect) illustre cette idée. Ces questions existent aussi dans la biomédecine occidentale (Fainzang, 2001b).

Conclusion

En conclusion, d'autres thèmes de l'anthropologie médicale peuvent être encore évoqués. L'intérêt peut se porter sur les institutions de la santé et sur leur implantation dans l'environnement, sur leurs interactions avec la construction de la maladie. Ceux qui jouent un rôle clé — les médecins, guérisseurs, thérapeutes, soignants, shamanes — peuvent être sujets de recherche avec un regard particulier sur leurs parcours et leurs places sociales. Le *Lebenswelt* — le monde entourant — du malade et l'implication de son entourage, ses ressources et les implications familiales et communautaires donnent lieu à des analyses aussi bien sociales et économiques que psychologiques et anthropologiques.

Ces recherches se font dans les systèmes de santé aussi bien en Occident qu'ailleurs. La comparaison d'institutions et de classifications, de manières

de faire et de penser peut être utile pour notre pratique avec des patients venant d'ailleurs. Il est important de soumettre notre propre pratique aux mêmes analyses que celles trop souvent regardées comme « exotiques » pour pouvoir comprendre ce qui peut étonner ou effrayer l'autre. Ainsi, l'anthropologie médicale aide à mieux comprendre les patients migrants en obligeant à entendre les logiques inhérentes à chaque système culturel.

Il est donc nécessaire de ne pas oublier que la maladie exige « une interprétation qui n'est jamais purement individuelle : interprétation collective partagée par les membres d'un même groupe social, mais aussi interprétation qui, au sens propre, met en cause la société et parle de notre rapport au social » (Augé et Herzlich 1984, p. 22). Cette interprétation n'exclut pas la compréhension du discours scientifique par les patients, comme l'a montré, par exemple, Bonnet (2000) dans une recherche chez des patients drépanocytaires en France. L'adhésion des patients à des représentations traditionnelles ou culturelles de la maladie ne doit être perçue par les médecins ni comme un obstacle à la compréhension du discours scientifique, ni comme une entrave à l'établissement d'une alliance thérapeutique solide. Il peut y avoir divergence entre les modèles des patients et des médecins sans qu'il y ait concurrence. Au contraire, la prise en compte des modèles explicatifs et des théories étiologiques des patients dans le dispositif de soins peut favoriser l'alliance thérapeutique dans une perspective clinique, comme en psychiatrie transculturelle, mais aussi dans une perspective de santé publique comme le montre le développement de l'épidémiologie culturelle (Taïeb et coll., 2005).

L'association de l'anthropologie et de la santé publique est donc intéressante mais potentiellement antagoniste. Pour les anthropologues, le danger serait d'adopter sans regard critique le rationalisme et le fonctionnalisme de l'épidémiologie, de l'économie de la santé et des modèles cognitivistes de prédiction des comportements reliés à la santé avec un risque de fétichisation des méthodes quantitatives (Bibeau, 1997b ; Weiss, 2001 ; Saillant et Genest, 2006).

Quoi qu'il en soit, les questions d'anthropologie médicale sont de plus en plus associées aux questions de droit et de justice sociale, surtout dans des populations vivant dans des conditions de grande pauvreté ou dans des zones de conflits ou de guerres avec des inégalités majeures dans l'accès aux soins.

Bibliographie

Augé M. L'anthropologie de la maladie. L'Homme 1986 ; 26 (97–98) : 81–90.

Augé M, Herzlich C. Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie. Paris : Éditions des archives contemporaines ; 1984.

Benoist J. Petite bibliothèque d'anthropologie médicale. Une anthologie. Paris : Karthala ; 2002.

Bibeau G. Cultural psychiatry in a creolizing world : questions for a new research agenda. Transcultural Psychiatry 1997a ; 34 : 9–41.

Bibeau G. At work in the fields of public health : the abuse of rationality. Medical Anthropology Quarterly 1997b ; 11 : 246–55.

Bonnet D. Au-delà du gène et de la culture. Hommes et migrations 2000 ; 1225 : 23–38.

Canguilhem G. (1966) Le normal et le pathologique. Paris : PUF ; 1999.

Das V, Kleinman A, Lock M et coll. Remaking a world. Violence, social suffering and recovery. Berkeley : University of California Press ; 2001.

Devereux G. De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement. Paris : Aubier ; 1980.

Eisenberg L. Disease and illness : distinctions between professional and popular ideas of sickness. Culture, Medicine and Psychiatry 1977 ; 1 : 9–23.

Fainzang S. L'anthropologie médicale dans les sociétés occidentales. Récents développements et nouvelles problématiques. Sciences Sociales et Santé 2001a ; 19 : 5–27.

Fainzang S. Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance. Paris : PUF ; 2001b.

Farmer P. AIDS and accusation : Haiti and the geography of blame. Berkeley : University of California Press ; 1992.

Farmer P. Pathologies of power. Health, human rights and the new war on the poor. Berkeley : University of California Press ; 2003.

Fassin D. Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar. Paris : PUF ; 1992.

Foucault M. (1963) Naissance de la clinique. Paris : PUF ; 2000.

Foucault M. (1973–1974) Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France 1973–1974. Paris : Gallimard et Seuil ; 2003.

Foucault M. (1978–1979) Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France 1978–1979. Paris : Gallimard et Seuil ; 2004.

Good B. Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu. Le Plessis-Robinson : Les Empêcheurs de tourner en rond ; 1998.

Groleau D, Young A, Kirmayer LJ. The McGill Illness Narrative Interview : an interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience. Transcultural Psychiatry 2006 ; 43 : 671–91.

Herzlich C, Pierret J. Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison. Paris : Payot ; 1991.

Jaffré Y, Olivier de Sardan JP. La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest. Paris : PUF ; 1999.

Kirmayer LJ, Young A. Culture and somatization : clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. Psychosomatic Medicine 1998 ; 60 : 420–30.

Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. Berkeley : University of California Press ; 1980.

Kleinman A. The illness narratives. Suffering, healing, and the human condition. New York : Basic Books ; 1988.

Kleinman A. Writing at the margin. Discourse between anthropology and medicine. Berkeley : University of California Press ; 1995.

Kleinman A, Das V, Lock M. Social suffering. Berkeley : University of California Press ; 1997.

Laplantine F. (1986) Anthropologie de la maladie. Étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine. Paris : Payot ; 1992.

Le Breton D. Anthropologie du corps et modernité. Paris : PUF ; 1990.

Lévi-Strauss C. Anthropologie structurale. Paris : Plon ; 1958.

Lock M. Cultivating the body : Anthropology and epistemologies of bodily practice and knowledge. Annual Reviews of Anthropology 1993 ; 22 : 133–55.

Lock M, Scheper-Hugues N. A critical-interpretative approach in medical anthropology : rituals and routines of discipline and dissent. In : Johnson TM, Sargent C. Medical Anthropology – A Handbook of Theory and Method. New York : Greenwood Press ; 1990. p. 47–72.

Mattingly C, Garro LC. Narrative and the cultural construction of illness and healing. Berkeley : University of California Press ; 2000.

Moro MR. (1994) Parents en exil. Psychopathologie et migrations. Paris : PUF ; 2001.

Saillant F, Genest S. Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux. Paris : Economica ; 2006.

Sargent CF, Johnson TM. Medical anthropology. Contemporary theory and method – Revised Edition. Westport : Praeger ; 1996.

Scheper-Hugues N, Bourgois P. Violence in war and peace. An anthropology. Malden : Blackwell ; 2004.

Sindzingre N. La nécessité du sens : l'explication de l'infortune chez les Senufo. In : Augé M, Herzlich C. Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie. Paris : Éditions des archives contemporaines ; 1984. p. 93–122.

Taïeb O, Heidenreich F, Baubet T, Moro MR. Donner un sens à la maladie : de l'anthropologie médicale à l'épidémiologie culturelle. Médecine et Maladies infectieuses 2005 ; 35 : 173–85.

Weiss MG. Cultural epidemiology : an introduction and overview. Anthropology and Medicine 2001 ; 8 : 5–30.

Young A. Rational men and the explanatory model approach. Culture, Medicine and Psychiatry 1982 ; 6 : 57–71.

Young A. The harmony of illusions : Inventing Post-Traumatic Stress Disorder. Princeton : Princeton University Press ; 1995.

Zempléni A. La « maladie » et ses « causes ». Introduction. L'Ethnographie 1985 ; 2 : 13–44.

2 Évolutions et perspectives de la psychiatrie culturelle

Thierry Baubet

« L'objectif de la psychiatrie culturelle est de comprendre l'impact des différences sociales et culturelles sur la maladie mentale et ses modalités de traitement. Elle représente donc un enjeu majeur pour la recherche comme pour la santé publique. »

Kirmayer et Minas (2000)

On fait habituellement remonter l'histoire de la psychiatrie culturelle au voyage de Kraepelin à Java en 1904, même s'il existait auparavant des rapports, souvent rédigés par des missionnaires dans le contexte de la colonisation, sur quelques troubles exotiques du comportement. Un article sur le *latah* par exemple, avait été publié dans les *Annales Médico-Psychologiques* dès 1869 (Huffschmitt, 1992). Depuis plus d'un siècle, la psychiatrie culturelle s'est développée dans diverses directions, développement émaillé de ruptures épistémologiques, avec une grande diversité selon les pays dans les orientations théoriques, les questionnements, les pratiques. Nous allons retracer les grandes étapes de cette évolution et définir les questions qui se trouvent aujourd'hui posées par cette discipline[1].

La psychiatrie « comparée »

Ce terme est introduit par Emil Kraepelin (1904), après un voyage de quatre mois à Java qu'il réalise de décembre 1903 à avril 1904[2]. Il examine plus d'une centaine de patients malais, européens et chinois dans l'asile de Buitenzorg. Cette évaluation conforte son idée d'une nosographie universellement valide : il retrouve sans peine les grandes entités de sa classification,

1 Pour une revue détaillée de cette question, voir Kirmayer et Minas (2000), Littlewood (Littlewood, 1990 ; 2001 ; Littlewood et Lipsedge, 1982), et Lewis-Fernandez et Kleinman (1995).

2 Pour une traduction de ce texte en français ainsi qu'une contextualisation de ce voyage, voir Huffschmitt (1992).

comme la psychose maniaco-dépressive ou la démence précoce. Le *latah* est rapporté à des manifestations hystériques, et l'*amok* est considéré comme une entité hétérogène recouvrant plusieurs possibilités diagnostiques. Il s'agirait donc, en situation transculturelle, de repérer le noyau invariant de la maladie pour établir le diagnostic. On voit donc que Kraepelin ne se dégage pas vraiment des conceptions évolutionnistes de son époque qui tendaient à rattacher des « folies exotiques » à un niveau de développement inférieur. C'est un modèle biomédical qui est mis en avant : les troubles psychiatriques étant considérés comme des manifestations d'un dysfonctionnement organique, la culture n'a d'influence que sur leur expression, et cette influence, nous dit Kraepelin, pourrait permettre de mieux appréhender la « psychologie des peuples ». En ce qui concerne les Javanais, leur « bas niveau de développement mental » rend compte de certaines des différences symptomatiques observées. Diverses assertions du texte de Kraepelin montrent bien qu'il était parti vérifier la validité de ses idées nosographiques, afin de tester l'hypothèse de leur universalité, ce qui permettait de les conforter. Les troubles tels qu'ils sont constatés en Occident représentent en quelque sorte la forme « vraie », et dans les autres aires géographiques, la culture vient modifier ce tableau. Ce modèle repose sur la dichotomie forme/contenu, qui distingue les éléments pathogéniques (déterminants essentiels du désordre mental, c'est-à-dire les processus biologiques considérés comme nécessaires et suffisants pour le causer), et les éléments pathoplastiques (variations personnelles et culturelles), ces derniers étant de peu d'importance clinique. La procédure diagnostique consistait donc à se débarrasser des éléments culturels pour parvenir à individualiser le « vrai » trouble mental sous-jacent, ce que Littlewood (2001) a comparé à l'ouverture successive de « poupées russes ». Selon Birnbaum, élève de Kraepelin (1923 cité par Littlewood, *ibid.*), les enveloppes pathoplastiques donnaient « le contenu, la couleur et le contour d'une maladie individualisée dont le caractère et la forme de base ont été biologiquement déterminés ». Bleuler estimait également que les symptômes qu'il avait décrits pour la schizophrénie représentaient l'expression directe des processus pathologiques biologiques sous-jacents. Il s'est avéré pourtant que les choses n'étaient pas si simples. Distinguer la forme et le contenu dans le cas de la psychiatrie était quelque chose de complexe. Pour la psychose par exemple, le délire était assez systématiquement considéré comme un élément pathogénique, qui permettait de faire le diagnostic, alors que le contenu de ce délire était considéré davantage comme pathoplastique. Pour la dépression, la situation était encore plus complexe. Ceci contribue sans doute à expliquer l'erreur commise par les psychiatres des années cinquante qui, comme Carothers, envoyé par l'Organisation mondiale de la santé en Afrique, estima que la dépression n'existait pas en Afrique noire, ce qu'il expliquait par des raisons développementales (1953). Cherchant les signes « classiques » de la dépres-

sion telle qu'elle était décrite en Europe (signes qui étaient donc considérés comme pathogéniques), il était passé à côté de la dépression telle qu'elle était expérimentée par les populations locales (Moro et Baubet, 1997).

Cette manière de comprendre la psychiatrie en situation transculturelle était donc héritée du paradigme biomédical de la santé mentale, et prenait place dans le contexte particulier de la colonisation[3]. Certains auteurs voient dans la manière dont le DSM-IV considère la question de la culture un prolongement direct de ces conceptions. Pour Kirmayer et Minas (*op. cit.*), par exemple, le glossaire de « syndromes liés à la culture » qui figure en annexe du manuel relègue la question à un « musée de curiosités exotiques » dans un contexte de « biologisation croissante de la psychiatrie » qui ne fait que perpétuer la dichotomie forme/contenu (*ibid.*, p. 439). De même, les considérations culturelles ne sont que des « qualifications mineures apportées à ce qui est considéré comme des diagnostics indépendants de la culture » (*ibid.*). De nombreuses études épidémiologiques ont été réalisées dans ce domaine de la psychiatrie comparée, mais leurs postulats méthodologiques sont discutables. Cette psychiatrie transculturelle (*cross-cultural psychiatry*, ou, selon le terme choisi par l'Association américaine de psychiatrie *transcultural psychiatry*) constitue un modèle toujours valide pour certains auteurs, et pour l'Association américaine de psychiatrie. Il est pourtant vigoureusement contesté par les tenants de la nouvelle psychiatrie transculturelle.

La nouvelle psychiatrie transculturelle

Cette appellation (*new cross-cultural psychiatry*) désigne en fait le courant né à la fin des années soixante-dix, initié par un article d'Arthur Kleinman (1977), psychiatre et anthropologue, qui contestait l'idée que la dépression telle que nous la décrivons soit un phénomène universel. La manière d'expérimenter et de communiquer la souffrance psychique pouvait varier selon les contextes, et ne pas correspondre aux critères et aux entités nosologiques reconnus par la psychiatrie occidentale comme « universels ». Au-delà, le savoir psychiatrique occidental devait être compris comme indissociable de la culture au sein de laquelle il était né. De ce double constat découlent logiquement deux axes de recherche. Le premier consiste en une lecture anthropologique de la psychiatrie occidentale, le second vise à poser la question de la souffrance psychique en situation transculturelle, que ce soit dans les pays occidentaux auprès des migrants, ou dans le reste du monde. Il s'agit avant tout de modifier la relation médecin-malade, d'amé-

3 Une certaine psychiatrie, qui témoignait du développement intellectuel « inférieur » des populations locales, apporta d'ailleurs une caution scientifique au phénomène de colonisation. Voir le dossier consacré à la psychiatrie coloniale dans la revue *L'autre, cliniques, cultures, et sociétés* 2002 ; 3 (3).

liorer la qualité des soins, sans rejeter le modèle biomédical, mais en relativisant les visées universalisantes de celui-ci. L'*anthropologie médicale critique* représentée par l'école de Berkeley autour de Scheper-Hughes (1995) prend une perspective radicalement différente, puisqu'elle propose de dénoncer le caractère oppressif du savoir biomédical et soutient la nécessité de sa déconstruction au profit de l'étude ethnologique des savoirs locaux (Rechtman, 1998).

Regards anthropologiques sur la psychiatrie contemporaine

La psychiatrie contemporaine considérée comme objet d'étude anthropologique a suscité ces dernières années de nombreux travaux. Young, par exemple, a analysé l'impact des facteurs culturels et sociaux sur l'émergence du diagnostic d'état de stress post-traumatique (1995 ; 2001), et Mulhern (1995 ; 2001) a publié de nombreux travaux sur l'apparition du diagnostic de trouble de la personnalité multiple (TPM) et sur la question des souvenirs d'abus sexuels retrouvés en thérapie. Nous avons également montré que la position des praticiens français sur l'attribution du diagnostic de TPM à leurs patients était sous-tendue par des motivations qui n'appartenaient pas qu'au registre scientifique (Baubet et Moro, 1997). De nombreuses recherches sont en cours dans ce domaine, concernant des troubles aussi divers que le syndrome dysphorique prémenstruel, le syndrome de fatigue chronique, les troubles du comportement alimentaire, les troubles somatoformes, etc. Ces travaux soulignent que le concept de culture n'a rien d'exotique, qu'il participe également de la constitution d'un savoir médical occidental qui s'en pense pourtant souvent indépendant.

Anthropologie et clinique psychiatrique

La question de l'influence de la culture sur la souffrance psychique, tant dans sa genèse, son expression, que dans les systèmes thérapeutiques, est à l'origine d'une riche littérature. Les positions varient de l'universalisme total au relativisme complet. Rechtman et Raveau (1993) ont analysé ces débats théoriques qui ont contribué à fonder la psychiatrie transculturelle et l'ethnopsychiatrie comme disciplines. Rechtman (1998) a proposé une modélisation des différents courants qui envisagent l'effet des systèmes autochtones sur l'expression et le traitement des troubles mentaux, que nous résumons dans le Tableau 2-I. Dans le modèle nosologique, il s'agit d'étudier les maladies, les variations de leur expression et de leur évolution dans différents univers culturels, en utilisant soit les catégories « occidentales » (modèle épidémiologique), soit les catégories « locales » (modèle « ethnomédical »). Ils « envisagent diversement leur rapport à l'anthropo-

Tableau 2-I
Anthropologie et clinique : différentes formes d'articulation, d'après Rechtman (1998).

Modèles nosologiques		Modèle anthropologique
Épidémiologique	Ethnomédical	
Étude des maladies, de leur expression et de leur évolution en utilisant les catégories « occidentales »	Étude des maladies, de leur expression et de leur évolution en utilisant les catégories « locales »	Étude de la maladie comme expérience culturelle et subjective, reposant sur une définition préalable de la culture comme système de significations

logie, mais les deux s'en écartent dans la mesure où toute théorie générale de la culture, seule susceptible de définir un champ anthropologique, en est régulièrement absente » (*ibid.*).

Le modèle anthropologique reprend donc les questionnements du modèle ethnomédical pour les intégrer à une démarche plus vaste. Ce n'est plus la « catégorie » diagnostique (qu'elle soit médicale ou autochtone) qui est l'objet d'étude, mais l'expérience subjective du patient, et celle-ci comprend, outre la perception culturelle de la souffrance (correspondant aux catégories autochtones), l'approche pragmatique qui en découle et qui intègre « l'ensemble des facteurs relationnels et environnementaux qui constituent le sens commun et conditionnent la vie quotidienne » (*op. cit.*). La détermination du sens « banal et quotidien » de la souffrance ne dépend pas que des catégories autochtones, elle « prend sa source dans l'ensemble des autres systèmes symboliques qui permettent de penser l'univers quotidien » (*op. cit.*).

La nouvelle psychiatrie transculturelle a clairement rejeté le modèle nosologique épidémiologique, et les recherches s'orientent de plus en plus vers le modèle anthropologique. Kleinman, par exemple, développe ces différents aspects : l'importance de la narrativité (*illness narratives*) pour saisir l'expérience subjective de la maladie (1988a ; 1988b), et celle du contexte global dans lequel s'inscrit cette expérience (Kleinman et coll. ; 1997) avec la notion de souffrance sociale (*social suffering*). L'appellation *psychiatrie culturelle* (*cultural psychiatry*) s'est progressivement imposée pour rendre compte de travaux situés de manière variable dans une perspective ethnomédicale et/ou anthropologique. Ce terme permet de souligner utilement que toute psychiatrie est culturelle, indépendamment de toute référence à des comparaisons interculturelles ou à des tableaux cliniques « exotiques ». La question de l'application de ces avancées conceptuelles à la clinique reste cependant sujette à débats, et elles ont donné lieu à des pratiques très différentes selon les pays.

À sociétés différentes, modèles et questionnements différents…

Kirmayer et Minas (*op. cit.*) ont dressé une vue d'ensemble des principaux modèles en vigueur dans les pays où la question des soins en situation transculturelle est régulièrement posée. Les différences observées sont importantes et doivent être comprises dans le contexte sociopolitique et historique propre à chaque pays. Celui-ci détermine en effet le mode de citoyenneté (modèle républicain, modèle multiculturaliste), et le type de migration : anciennes puissances coloniales comme la France et le Royaume-Uni, migration de travail comme en Allemagne et au Japon, pays dont la population est constituée de migrants comme l'Australie, le Canada, les États-Unis, pays dans lesquels la plupart des migrants sont des réfugiés comme la Suède, etc. En Suède, c'est logiquement la question du traumatisme psychique qui a été développée. En Angleterre, la question des inégalités dans les soins aux migrants, et finalement du racisme dans les soins est actuellement très débattue, et des consultations spécifiques ont été ouvertes avec le but annoncé de lutter contre le racisme et les discriminations. Le Canada et l'Australie, pays de migrants à l'idéologie multiculturaliste, ont développé la question de l'adaptation du système de soins à des populations culturellement diverses, notamment à travers l'attention portée à la question du langage, en ouvrant relativement peu de consultations spécifiques. En France, la question de l'importance de la culture dans les soins a surtout été portée par le courant de l'ethnopsychanalyse, et a abouti à l'ouverture de consultations spécialisées.

Bibliographie

Baubet T, Moro MR. Qui croit au trouble de la personnalité multiple ? Regard ethnopsychiatrique sur la position des praticiens français. Le Champ Psychosomatique 1997 ; 11–12 : 153–63.

Birnbaum K. Der aufbau der psychose. Grundzuge der psychiatrischen strukturanalyse. Berlin : Springer ; 1923.

Carothers JCD. The African Mind in Health and Disease : A Study in ethnopsychiatry. Geneva : World Health Organization ; 1953.

Huffschmitt L. Kraepelin à Java. Synapse 1992 ; 86 : 69–75.

Kirmayer LJ, Minas H. The future of transcultural psychiatry. Can J Psychiatry 2000 ; 45 : 438–46.

Kleinman A. Depression, Somatization and the « New Cross-Cultural Psychiatry ». Soc Sci Med 1977 ; 11 : 3–10.

Kleinman A. The Illness Narratives : Suffering, Healing, and the Human Condition. New York : Basic Books ; 1988a.

Kleinman A. Rethinking Psychiatry, From Cultural Category to Personal Experience. New-York : The Free Press ; 1988b.

Kleinman A, Das V, Lock M. Introduction. In : Kleinman A, Das V, Lock M. Social suffering. Berkeley : University of california Press ; 1997. p. ix–xxvii.

Kraepelin E. Vergleichende Psychiatrie. Centralbl Nervenheilk Psychiatr 1904 ; 27 : 433–7.
Lewis-Fernandez R, Kleinman A. Cultural psychiatry : theoretical, clinical, and research issue. Psychiatr Clin North Am 1995 ; 18 : 433–48.
Littlewood R, Lipsedge M. Aliens and alienists. Ethnic minorities and Psychiatry. London : Penguin books ; 1982.
Littlewood R. From Categories to Context : a Decade of the « New Cross-Cultural Psychiatry ». Br J Psychiatry 1990 ; 156 : 308–27.
Littlewood R. Nosologie et Classifications Psychiatriques selon les Cultures : les « Syndromes Liés à la Culture ». L'autre, Cliniques, Cultures et Sociétés 2001 ; 2 (3) : 441–66.
Moro MR, Baubet T. Dépression et… autres cultures. Paris : Ardix ; 1997.
Mulhern S. Le trouble de la personnalité multiple : vérités et mensonges du sujet. In : Ehrenberg A, Lovell M. La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société. Paris : Odile Jacob ; 2001. p. 75–99.
Mulhern S. Les aléas de la thérapie des réminiscences : le trouble de la personnalité multiple. In : Gabel M, Lebovici S, Mazet P. Le traumatisme de l'inceste. Paris : PUF ; 1995. p. 63–96.
Rechtman R. Anthropologie médicale et psychiatrie : de nouveaux paradigmes de recherche. Pour la Recherche 1998 : 17.
Rechtman R, Raveau FHM. Fondements anthropologiques de l'ethnopsychiatrie. Encycl Méd-Chir Psychiatrie 1993 37-715-A-10, 8p.
Scheper-Hughes N. The primacy of ethical : propositions for a militant anthropology. Current Anthropology 1995 ; 36 (3) : 409–20.
Young A. The Harmony of Illusions : Inventing Post-Traumatic Stress Disorder. Princeton, New Jersey : Princeton University Press ; 1995.
Young A. Nos névroses traumatiques ont-elles un avenir ? In : Ehrenberg A, Lovell M. La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société. Paris : Odile Jacob ; 2001. p. 101–26.

3 Les débats autour de la question culturelle en clinique

Marie Rose Moro

La différence culturelle entre le patient et le thérapeute est-elle une donnée théorique, clinique et pragmatique bonne à penser et pertinente en clinique ?

Toute relation est culturelle

Depuis longtemps déjà, la question de la culture a été posée par la psychiatrie et par la psychanalyse. Freud lui-même l'a fait tout au long de son œuvre et tout particulièrement dans *Totem et Tabou* mais aussi Roheim, Winnicott, Bion, Lacan, Kristeva, etc. Actuellement, cette question semble trouver des éclairages nouveaux tant cliniques qu'éthiques. Cette question, en effet, se trouve non seulement au cœur de la souffrance de nos patients migrants et de leurs enfants, mais elle est aussi déterminante pour la création en France de dispositifs de soins pertinents et efficaces pour ces familles venues d'ailleurs, dispositifs qui partent de la technique psychanalytique et, sans doute, la renouvellent à partir de l'expérience de ces situations particulières.

Cette tradition déjà bien constituée aurait dû inciter les cliniciens à s'interroger sur les interactions réciproques entre le dehors (la culture au sens anthropologique) et le dedans (le fonctionnement psychique de l'individu) et d'une manière plus générale sur la construction de l'identité et des liens qui nous unissent les uns aux autres. La reconnaissance de la dimension culturelle de toute interaction y compris de la relation thérapeutique a été longue et conflictuelle tout particulièrement en France. Ainsi, la psychanalyse et l'anthropologie ont trop longtemps cherché à se distinguer et à éviter le dialogue même s'il existe des contre-exemples illustres comme le travail collectif mené sous l'impulsion de Lévi-Strauss sur l'identité (1977). Malgré cette réticence, les disciplines se sont suffisamment influencées pour qu'un mouvement se cristallise et admette qu'effectivement la clinique est une anthropologie et que les données culturelles sont des ingrédients de toute relation humaine.

Pourtant, même parmi ceux qui admettent les présupposés culturels constitutifs de la relation thérapeutique au même titre que les éléments affectifs conscients et inconscients, on note deux positions épistémologiques différentes qui, on peut le déplorer, conduisent à des débats passionnés, plus idéologiques que cliniques. Les deux positions qui apparaissent dans ce champ sont schématiquement les suivantes : certains ont choisi une perspective essentiellement comparatiste : quels sont les invariants que l'on retrouve dans telle culture de nos patients et dans la nôtre ? Cette perspective *comparatiste* conduit à construire des équivalences et des parallélismes entre des éléments culturels de mondes distincts mais aussi entre des éléments culturels d'un groupe et des conduites pathologiques d'individus appartenant à d'autres groupes. Cette option était présente dans certains textes de Freud et tout particulièrement dans *Totem et Tabou*. Sur le plan clinique, ce choix conduit à introduire la langue du patient dans certains dispositifs voire à apprendre à connaître les représentations culturelles du patient. Mais tous ces éléments sont posés comme une coloration de la relation clinique, le noyau (la partie efficiente) étant le même que celui que l'on établirait en situation intraculturelle. L'approche peut alors être psychologique, psychiatrique ou, plus rarement, psychanalytique. D'autres ont pris, à la suite de Georges Devereux, une perspective *complémentariste*. Le complémentarisme donnera naissance à l'ethnopsychiatrie, perspective qui servira de base à la question de la clinique culturelle en France : certains vont s'en inspirer et proposer des dispositifs spécifiques pour accueillir et soigner les migrants, d'autres vont la rejeter ou la caricaturer mais tous vont se positionner par rapport à cette interaction entre clinique et culture.

Les fondements théoriques et méthodologiques de l'ethnopsychanalyse

La rigueur complémentariste

Devereux est le fondateur de l'ethnopsychanalyse (1968 ; 1970 ; 1972). Il en a construit les soubassements théoriques, l'a constituée en tant que discipline et en a défini la méthode originale et encore subversive aujourd'hui, le complémentarisme. Il a construit le champ à partir de l'anthropologie et de la psychanalyse, les deux apports sont clairs et bien définis. La discipline devrait donc s'appeler ethnopsychanalyse. Or, dès le début, on perçoit une oscillation dans la nomination de la discipline qu'il appelle tantôt ethnopsychiatrie, tantôt ethnopsychanalyse. Ceux qui se réclament de lui aujourd'hui continuent à entretenir une ambiguïté sur la nomination du champ. Pour notre part, nous le pensons comme une psychothérapie d'orientation psychanalytique. Le nom d'ethnopsychanalyse rend bien compte de ses apports fondateurs, celui d'ethnopsychiatrie permet d'envisager l'ouverture sur d'autres champs

de la psychiatrie tels que la chimiothérapie ou d'autres techniques psychothérapiques non psychanalytiques. Nous emploierons donc les deux termes en fonction de la dimension que l'on souhaite souligner.

Devereux (1978, p. 11–12) reconnaît trois types de thérapies en ethnopsychiatrie : « 1. *Intraculturelle* : le thérapeute et le patient appartiennent à la même culture, mais le thérapeute tient compte des dimensions socioculturelles, aussi bien des troubles de son patient que du déroulement de la thérapie. 2. *Interculturelle* : bien que le patient et le thérapeute n'appartiennent pas à la même culture, le thérapeute connaît bien la culture de l'ethnie du patient et l'utilise comme levier thérapeutique (...). 3. *Métaculturelle* : le thérapeute et le patient appartiennent à deux cultures différentes. Le thérapeute ne connaît pas la culture de l'ethnie du patient ; il comprend, en revanche, parfaitement le concept de "culture" et l'utilise dans l'établissement du diagnostic et dans la conduite du traitement. » Dans les pays anglo-saxons, à partir de cette classification, on distingue la *cross-cultural psychiatry* (interculturelle) et la *transcultural psychiatry* (psychiatrie transculturelle ou métaculturelle).

Devereux va mener une seule thérapie interculturelle, celle d'un Indien wolf (1969). Cependant, tout au long de son œuvre, il soulignera l'importance des thérapies métaculturelles, thérapies qui étaient appelées en 1951 transculturelles, terme qu'il renoncera bientôt à utiliser vu son utilisation abusive pour désigner aussi bien des thérapies inter que métaculturelles. Le terme métaculturelle se fonde sur « une reconnaissance systématique de la signification générale et de la variabilité de la culture, plutôt que sur la connaissance des milieux culturels spécifiques du patient et du thérapeute » (*ibid.,* p. 11). Ceci permet d'envisager des traitements de patients appartenant « au sous-groupe culturel du thérapeute » ainsi que « d'individus de culture étrangère ou marginale » (*ibid.*). Devereux est le premier à avoir conceptualisé l'utilisation de leviers culturels à des fins de facilitation des *insights* et donc à des fins thérapeutiques et ce dès 1951. Cependant, il insiste jusqu'au bout de son œuvre sur l'importance des *insights*, les leviers culturels ne sont pas des fins en soi et s'effacent lorsqu'ils ne remplissent plus leur rôle de potentialisateurs de récits, de transfert ou d'affects : « au fur et à mesure qu'on s'implique dans le combat que le patient mène pour se réaliser (...) plus va s'estomper l'intérêt focalisé sur les différences ; nous prenons inévitablement conscience de la qualité humaine universelle de ce combat (...) le trait le plus fondamental de sa personnalité est son appartenance à la condition humaine » (Devereux, 1969, p. 10).

La théorie : universalité psychique/spécificité culturelle/diversité humaine

Pour Devereux, l'ethnopsychiatrie repose sur deux principes. Le premier est celui de *l'universalité psychique :* ce qui définit l'être humain c'est son fonc-

tionnement psychique. Il est le même pour tous. De ce postulat découle la nécessité de donner le même statut (éthique mais aussi scientifique) à tous les êtres humains, à leurs productions culturelles et psychiques, à leurs manières de vivre et de penser mêmes si elles sont différentes et parfois déconcertantes ! (Devereux, 1970). Énoncer un tel principe peut paraître une évidence, les implicites de nombreuses recherches dites scientifiques menées hier et aujourd'hui sont là pour rappeler que ce principe théorique n'est pas toujours respecté. Il s'agit donc d'une universalité de fonctionnement, de processus, d'une universalité structurelle et de fait. Mais si tout homme tend vers l'universel, il y tend par le *particulier* de sa culture d'appartenance. Ce codage est inscrit dans notre langue et les catégories à notre disposition qui nous permettent de lire le monde d'une certaine manière, dans notre corps et notre façon de percevoir et de sentir à travers le processus d'enculturation (Mead, 1928 ; 1930), dans notre rapport au monde, à travers nos systèmes d'interprétation et de construction de sens. La maladie n'échappe pas à ce codage culturel. Notons que Devereux reste à notre sens un universaliste, la culture n'est pour lui qu'un détour : sa théorie entraîne le rejet d'une définition ethnocentrique — *mais non d'une définition absolue* — de la personnalité « normale ». De même, la psychanalyse reste pour lui une théorie et une technique qui ne peut être mise sur le même plan que les autres thérapies traditionnelles en ce sens qu'elle est métathéorie (1969). En somme sur certains points, il reste très prudent. Là où il est « révolutionnaire », c'est sur la méthode.

Une révolution méthodologique

L'ethnopsychiatrie a été construite à partir d'un principe méthodologique et non d'un principe théorique, c'est là une de ses originalités : « le complémentarisme n'est pas une “théorie”, mais une généralisation méthodologique. Le complémentarisme n'exclut aucune méthode, aucune théorie valables — il les coordonne » (Devereux, 1972, p. 27). Il est vain d'intégrer de force dans le champ de la psychanalyse ou dans celui de l'anthropologie exclusivement certains phénomènes humains. La spécificité de ces données réside justement dans le fait qu'elles nécessitent un double discours qui ne peut être tenu simultanément : « une pluridisciplinarité non fusionnante, et “non simultanée” : celle du double discours obligatoire » (*ibid.*, p. 14). Pour construire cette méthodologie, Devereux a emprunté son modèle à la « physique des quanta ». Bohr, en effet, a généralisé le principe d'indéterminisme énoncé par Heisenberg en proposant la notion de complémentarité : « ce principe affirme qu'il est impossible de déterminer (mesurer) simultanément et avec la même précision la position et le moment de l'électron. En effet, plus nous mesurons avec précision la position de l'électron (à un instant donné), plus notre détermination de son moment devient imprécise — et inversement bien entendu » (*ibid.*, p. 24). Les deux discours obligatoires et non simultanés, celui de

la psychanalyse et celui de l'anthropologie, sont alors dits complémentaires. Ce double discours conditionne l'obtention de données : « ainsi, lorsque l'explication sociologique[1] d'un fait est poussée au-delà de certaines limites de "rentabilité", ce qui survient n'est pas une "réduction" du psychologique au sociologique, mais une "disparition" de l'objet même du discours sociologique » (*ibid.*, p. 25). Et il en va de même pour l'explication psychologique. Mais la question qui est posée ici est : comment prendre successivement deux places différentes par rapport à l'objet sans le réduire l'une à l'autre et sans les confondre ? Un apprentissage du *décentrage*, au sens piagétien du terme, est ici nécessaire mais ardu. Il faut débusquer ces paresseuses habitudes en sciences humaines qui tendent à ramener les données à soi ou à ce que l'on connaît déjà et à se méfier de l'altérité de l'objet d'étude (Moro, 2002). Mais il est plus encore ; si certains faits relèvent de deux discours complémentaires, ceci ne tient pas au fait lui-même mais à la démarche scientifique qui prétend l'expliquer : « un "fait brut" n'appartient d'emblée ni au domaine de la sociologie, ni à celui de la psychologie. Ce n'est que par son explication (dans le cadre de l'une ou de l'autre de ces deux sciences) que le fait brut se transforme en donnée, soit psychologique, soit sociologique. (…) Le principe de complémentarité semble donc jouer au niveau de la transformation du fait brut en donnée relevant de l'une ou l'autre de ces sciences. » (Devereux, 1972, p. 23). Sur le plan épistémologique, le principe de complémentarité rejoint des théories appartenant à des champs différents comme la notion d'information chez Bateson (1979). Cet auteur postule, en effet, que c'est la différence entre deux visions du même objet qui informe l'observateur.

Le principe du complémentarisme est simple et évident comme toutes les grandes méthodes. La véritable difficulté reste cependant la mise en place du complémentarisme en clinique par des thérapeutes qui doivent pouvoir se décentrer, et travailler constamment sur deux niveaux sans les confondre, le niveau culturel et le niveau individuel, et sur les interactions nécessaires et parfois conflictuelles entre ces deux niveaux. De cette méthode, de ces principes théoriques, découle-t-il une technique chez Devereux ?

Un dispositif technique : celui de la psychanalyse

La grande préoccupation de Devereux, il le confirmait dans la préface en 1969 de *Psychothérapie d'un Indien des plaines* (p. 15), fut la distinction entre « la Culture en soi, en tant que phénomène humain universel, et les cultures

1 Devereux emploie souvent le mot sociologie dans son acception anglo-saxonne, c'est-à-dire englobant l'anthropologie. S'il a parfois utilisé des données de la sociologie au sens strict, c'est surtout à l'anthropologie qu'il se réfère. Au regard de son œuvre, les deux référents sont donc bien l'anthropologie et la psychanalyse contrairement à ce que laissent penser certaines traductions.

individuelles ». Ceci l'a d'ailleurs conduit à faire la distinction entre la psychiatrie interculturelle et la psychiatrie transculturelle. Or, dit-il « j'ai pratiqué de plus en plus la psychothérapie "transculturelle", en particulier dans le cadre de *la psychanalyse freudienne classique*[2] ». Lorsqu'il proposa une psychothérapie à Jimmy Picard, le fameux Indien des plaines, Devereux le fit dans le cadre d'entretiens psychanalytiques dont le seul aménagement du cadre fut l'utilisation de leviers culturels, tout le reste appartenait au cadre classique, et l'utilisation de ces leviers se fit dans ce cadre. Les deux leviers caractéristiques de la culture wolf utilisés furent la signification culturelle des rêves et du fait de rêver chez les Wolfs, statut largement « surnaturaliste » dira-t-il, et « l'encouragement à identifier son thérapeute à l'esprit-gardien wolf », ce qui est un élément fort audacieux ! L'importance du travail du rêve n'est plus à démontrer en psychanalyse, quant à l'identification du thérapeute à l'esprit-gardien wolf, cela entraîna chez le patient « de nouveaux *insights* pénibles qui, à leur tour, renforcèrent son Moi suffisamment pour rendre possible une "démythologisation" complète de l'esprit-gardien, — et donc, également du thérapeute ». L'interprétation du transfert permettra à la fois de se libérer du thérapeute et de l'esprit-gardien.

Au total, l'examen de l'ensemble de l'œuvre de Devereux montre que de sa théorie et de sa méthode ne découle aucun dispositif spécifique pour les patients mais on en déduit en revanche une manière originale et forte de considérer ce matériel culturel comme un véritable levier thérapeutique potentiel et transitoire particulièrement efficace si on le traite de manière complémentariste. Il pose aussi le fait que la culture n'est pas systématiquement un facilitateur de soins. Dans certains cas, les mécanismes culturels peuvent même fonctionner comme des obstacles : tout emploi de leviers culturels — et spécialement « des leviers irrationnels et/ou idéologiques qui se renforcent eux-mêmes, en ce qu'ils empêchent l'obtention d'*insights* culturellement neutres, capables d'abolir ces leviers — constituent un mauvais usage de la culture et n'est pas une véritable thérapie » (*op. cit.*).

Pour Devereux, passionné de clinique et d'une grande rigueur psychanalytique, l'utilisation de représentations culturelles dans le cadre de traitements psychanalytiques n'est pas un *a priori* idéologique ou un acte purement théorique. C'est au contraire un acte nuancé, critique et complexe qui est fait avec la rigueur complémentariste, qui présente des limites, mais qui est particulièrement créateur de complexité et d'approfondissement. Le passage par le culturel a pour but d'accéder à l'universel en chacun de nous, à l'universel incarné dans le particulier et non pas à l'universel ou ce qui est décrété comme tel par celui qui est désigné comme le donneur de sens : l'universel du sujet, approximation énigmatique et sublime de l'être.

2 Souligné par l'auteur.

La notion de « clôture culturelle » : nécessité et limites

Ceux qui suivront vont rompre avec la prudence de Devereux et entraîner de véritables ruptures épistémologiques dans la théorie mais surtout dans la pratique de l'ethnopsychiatrie. Plusieurs cliniciens ou anthropologues se réclament de lui, nous évoquerons essentiellement les travaux de Tobie Nathan. Notre but ici n'est pas de rendre compte de l'ensemble des apports de Nathan à ce champ ni de ses limites (1986). Nous voudrions simplement souligner quelques points soit parce qu'ils sont maintenant acceptés par d'autres et validés, soit parce qu'ils restent polémiques, soit encore parce qu'ils ont abouti à des excès qui ont été utilisés comme alibis par d'autres pour rejeter globalement cette perspective[3].

La théorie : traumatismes et rupture des contenants

Nathan va adjoindre aux théories de Devereux des apports autres, et tout particulièrement à sa première période ceux d'Anzieu (1985) avec la notion de Moi-peau. Il va extrapoler la notion de Moi-peau dans sa fonction contenante (contenant psychique) à celle de contenant culturel et d'enveloppe culturelle, ce qui va lui permettre de penser en termes de contenants, de cadres et pas seulement de contenus. Rapidement va apparaître dans ses travaux la conceptualisation de la migration et du trauma secondaire à cet événement de vie. La notion de traumatisme migratoire et de ses conséquences psychiques pour la première et la deuxième génération voire celles qui suivront tient une place centrale dans sa théorisation. Pour Nathan, toute migration est traumatique parce qu'elle rompt l'homologie entre le cadre culturel externe et le cadre culturel interne intériorisé (1986).

Une autre de ses particularités est un rapport à l'universel beaucoup plus ambigu que Devereux. L'universel n'est pas inféré ou de manière secondaire et la différence est érigée en objet d'étude en soi. Pour défendre cela, il s'appuie sur une théorie de la culture comme système clos, d'où la nécessité de reconstituer une *clôture* pour se restructurer psychiquement : « Il ne suffit pas d'appartenir à une espèce biologique, il faut en plus être membre d'un groupe culturel qui, tout comme les espèces biologiques, possède un mode spécifique de clôture (...) la langue n'est un système d'échange généralisé (...) que pour autant qu'il est limité au groupe clos qui le pratique » (Nathan, 1990, p. 16). Cette théorie de la clôture va à contre-courant des théories anthropologiques actuelles sur la notion d'ethnie et d'identité qui

---

3 Les articles polémiques qui dénoncent des excès mais aussi caricaturent certaines positions sont nombreux : *cf.* Moro et Giraud (2000) pour une analyse détaillée et depuis ceux de Douville (2000), Fassin (2000) ou Barry (2001).

montrent que tous les groupes sont ouverts. Ainsi, Lévi-Strauss (*op. cit.*) démontre que l'identité culturelle est plus un processus qu'un contenu, plus une dynamique qu'une entité. De même pour Amselle (1990), l'ethnie est un découpage artificiel qui ne rend pas compte des métissages, des échanges, des passages d'une communauté à une autre, l'ethnie est donc une construction poreuse, mouvante et essentiellement politique. En opposition avec ces données anthropologiques, la position de Nathan aboutit à la notion de communauté et à celle de dispositif spécifique.

La technique : le groupe, « le chaman » et les objets

De cela découle, en effet, une attitude très différente de celle de Devereux vis-à-vis des rituels, des objets culturels et des techniques de soins traditionnels appartenant à une culture spécifique. Devereux se méfiait beaucoup de toute utilisation de rituels à des fins thérapeutiques (1969, p. 23-24) et de toute forme de syncrétisme. Nathan étudie ces actes culturels et tente d'intégrer leurs logiques parfois d'intégrer les objets en tant que tels, de les faire circuler dans le cadre ethnopsychiatrique (1991). La position épistémologique est donc sensiblement différente, elle rompt avec la prudence culturelle de bon aloi de Devereux.

Enfin, de tout cela découle aussi une position vis-à-vis de la psychanalyse qui se situe selon les termes d'Ellen Corin (1997, p. 354)[4] aux limites de la psychanalyse voire au-delà : « Playing at the edge of limits or beyond ? » Devereux se situait résolument à l'intérieur du champ de la psychanalyse et il posait celle-ci comme une métathéorie, voire une métatechnique qui transcendait toutes les autres. Nathan en critiquant les écoles psychanalytiques cherche à se situer dans une technique qui considère la théorie psychanalytique comme une théorie parmi d'autres (1993, p. 101). Pour nous cette position a le mérite de contraindre à penser la multiplicité et la réhabilitation des logiques traditionnelles mais *a contrario*, elle élude la spécificité de la psychanalyse, ne cherche pas à la renouveler et donc à prendre en compte sa créativité intrinsèque. Par ailleurs, elle ne tient pas compte du lien entre toute technique et son contexte, articulation nécessaire à sa cohérence interne et externe. En somme, elle n'intègre pas le métissage.

Un dispositif spécifique

Les travaux cliniques de Nathan ont permis de mettre au point un dispositif technique qu'il qualifie de *spécifique*, un dispositif essentiellement groupal, où le patient migrant a la possibilité de parler sa langue maternelle et où un cadre culturel est construit dans un premier temps. Dans cette consul-

4 Pour une étude de la position de Nathan dans le champ clinique, *cf.* Moro (1998).

tation groupale sont maniées les logiques culturelles d'origine du patient, logiques inférées par le groupe pluriethnique, ses objets culturels parfois… Nathan est le premier à avoir proposé ce dispositif et à l'avoir monté au CHU Avicenne à Bobigny il y a bientôt une vingtaine d'années[5]. Il est parti de Bobigny, nous sommes restés, nous nous sommes appuyés sur ce que nous avions appris avec lui, puis nous avons progressivement modifié certains paramètres théoriques et techniques[6]. Nous faisons fonctionner maintenant une consultation d'ethnopsychiatrie au CHU Avicenne dans ce même service[7] depuis une quinzaine d'années.

La pragmatique des métissages

Théorie : métissages et éclectisme

Après la phase de construction de l'identité de cette discipline théorique avec Devereux, technique avec nombre de cliniciens dont tout particulièrement Nathan, nous rentrons dans une phase de nécessaire ouverture et de dialogue avec des champs proches ou complémentaires : la linguistique, la pragmatique du langage, d'autres pratiques psychothérapiques non psychanalytiques, la philosophie, l'histoire, etc. Phase aussi où les recherches cliniques deviennent beaucoup plus importantes après la période que nous venons de traverser et qui en France est restée très idéologique et très conflictuelle au détriment de la complexité des problèmes posés, de la nécessaire réflexion sur les indications et les limites et des liens entre psychanalystes et anthropologues. Au détriment aussi d'échanges avec d'autres courants ou d'autres groupes[8] qui se sont développés au Québec, au Mexique, en Belgique, en Suisse, aux États-Unis, au Mali, au Mozambique, etc.

Sur le plan théorique, tout en nous appuyant de manière assurée sur les théories de Devereux et tout particulièrement sur sa théorisation de l'universalité psychique et du statut des productions qui en découlent, nous avons été amenés, de par notre expérience clinique tournée vers la deuxième génération des migrants, à introduire plus de réflexion théorique sur la notion de *métissage* des hommes, des pensées, des techniques (Moro, 1994 ; 1998). En effet, pour nous tout migrant est un métis dans la mesure où son voyage l'a conduit dans un autre monde qui aura une action sur lui comme lui d'ailleurs aura une action sur ce monde. Ce qui est vrai pour la première génération l'est *a fortiori* pour la deuxième. Nous garderons entre autres des

5 Service dirigé à cette époque par le Pr. S. Lebovici.
6 *Cf. infra*.
7 Service dirigé actuellement par l'auteur.
8 Pour une vue plus générale de l'ethnopsychiatrie en France, *cf.* Carnet Psy 1998 ; 33 — accessible sur http://www.carnetpsy.com/Archives/Dossiers/Items/Ethnopsychanalyse/.

théories de Nathan sa focalisation importante sur la question du *traumatisme migratoire*, qui s'il n'est pas systématique et inéluctable dans notre expérience, n'en reste pas moins un temps majeur de l'expérience migratoire à partir duquel se structure de manière harmonieuse ou pas le vécu migratoire des parents et la transmission aux enfants. L'ensemble de ces données nous conduit à être éclectique dans la mesure où des apports multiples sont nécessaires, des adaptations du cadre s'imposent, des créations de liens et de ponts sont nécessaires. Pour nous, l'ethnopsychanalyse est avant tout une pragmatique du lien et le thérapeute, dans cette situation, un tisserand. Ainsi, nous cherchons à la fois à ouvrir la discipline sur d'autres champs et à l'ancrer dans sa dimension psychanalytique quitte à renouveler certaines modalités de la psychanalyse pour aboutir à une meilleure prise en compte de l'altérité et des métissages.

Cette perspective complémentariste qui part de la psychanalyse et de l'anthropologie et qui est ouverte sur d'autres disciplines en particulier la linguistique, la philosophie mais aussi l'histoire ou la littérature pour accéder à la complexité de l'identité, des métissages et de nouvelles perspectives cliniques ouvertes sur le monde, a conduit le groupe de Bobigny à créer il y a trois ans une revue pluridisciplinaire : *L'autre, Cliniques, Cultures et Sociétés* qui sert de lieu d'échanges pour toutes les nouvelles idées et pratiques dans ce champ transculturel.

Technique : élaboration de l'altérité *en soi*

En ce qui concerne la technique, par rapport à ce qui a été déjà exposé, je mettrai pour ma part l'accent sur un paramètre négligé, l'élaboration de l'altérité *en soi*, comme Devereux parle de la culture *en soi*, aussi bien chez les patients que chez les thérapeutes. L'altérité ici s'entend comme cette qualité de ce qui est autre, sentiment qui est ressenti peu ou prou par tout migrant et par tout enfant de migrants dans la mesure où il n'y a pas de cohérence immédiate, sensible, logique, pas d'adéquation systématique entre le transmis et le vécu, le dedans et le dehors. Que ce soit pour le patient dans sa demande, la construction de l'alliance et le transfert qu'il établit ou pour les thérapeutes dans leur contre-transfert, leur vécu de la différence culturelle, l'élaboration de cette altérité nous apparaît comme un temps très souvent nécessaire pour permettre des changements profonds. Cette altérité vécue, interne et externe, serait consubstantielle à la situation migratoire, elle est à relier à la notion de métissages. Mais pour l'élaborer, encore faut-il que le thérapeute la reconnaisse chez son patient et donc d'abord en lui-même.

En réalité, notre pratique ethnopsychanalytique diffère quelque peu de la description d'une pratique métaculturelle dans la mesure où nous connaissons la culture de la majorité de nos patients (mais pas toujours lorsqu'il s'agit de nouvelles migrations avec lesquelles nous avons encore peu de fa-

miliarité) et que nous utilisons des leviers thérapeutiques directement issus de leur culture, mais nous ne sommes pas des anthropologues de ces cultures. D'ailleurs, je préfère le terme de métaculturel à celui d'interculturel car il souligne davantage la nécessité du décentrage. Mais la connaissance anthropologique est nécessaire même pour faire des thérapies métaculturelles. Cette qualité de décentrage s'acquiert avant tout par le travail quotidien avec les familles migrantes, par le travail régulier avec des anthropologues spécialistes des cultures de nos patients dans le cadre de la consultation d'ethnopsychiatrie, au sein de séminaires d'étude, mais aussi par une modalité qui m'est apparue bien vite, celle de s'expatrier soi-même et de se mettre en situation de soigner des enfants ailleurs qu'en France. C'est pourquoi je me suis mise à plusieurs reprises dans des situations professionnelles qui exigeaient que je décentre ma perception, mes méthodes d'évaluation et mes manières de faire. Ceci s'est fait essentiellement dans le cadre de Médecins Sans Frontières, au Pakistan, en Arménie, au Moyen-Orient, au Guatemala, etc. Ce travail m'a rendue sensible à l'expérience du décentrage. Se transporter dans un autre monde et installer ailleurs des structures de soins constituait pour moi une obligation de me décentrer, d'expérimenter la spécificité et les difficultés de ma démarche et d'en affiner les modalités. C'est aussi ce que je conseille aux apprentis ethnopsychiatres. Mettre à l'épreuve d'autres réalités ce que j'avais appris en banlieue parisienne est une épreuve salutaire. Pour ce qui concerne, par exemple, le travail mère-enfant, ceci m'obligea à me départir de cet aspect « normalisateur » de l'évaluation des interactions mère-enfant tel qu'il apparaît dans les recherches en Occident ou aux États-Unis, et même à renoncer à tout principe comparatif dès lors que je me trouvais en situation de soins. Ceci est vrai aussi, même si cela s'exprime dans d'autres données, avec les enfants plus grands et les adolescents.

Les excès du culturalisme

Pourtant la question éthique essentielle qui se pose dès lors que l'on accepte cet enjeu, à savoir introduire l'altérité culturelle dans nos dispositifs de soins, c'est celui de la spécificité de nos dispositifs, ce qui pose *ipso facto* la question de la spécificité et du risque de marginalisation de nos patients, voire des thérapeutes qui les soignent ! Or, cette question se pose d'abord de manière pragmatique : ignorer cette altérité, c'est non seulement se priver de l'aspect créatif de la rencontre, c'est aussi prendre le risque que ces patients ne s'inscrivent pas dans nos systèmes de prévention et de soins, c'est aussi les contraindre à une solitude voire à une rigidification. Puisque la rencontre n'est pas possible, chacun reste avec ses représentations, chacun s'arc-boute sur « son universalité », comme pour préserver une identité culturelle plus ou moins défensive.

Ces observations rejoignent celles d'autres acteurs sociaux qui étudient ces problèmes de manière plus macroscopique tels les sociologues ou les politiques. Les mouvements massifs et souvent violents de populations des temps modernes accroissent de façon importante et tragique la nécessité de telles prises en charge qui intègrent le contexte culturel d'origine et l'exil, l'avant et l'après. Mais cette altérité ne doit pas conduire à une marginalisation de ces familles. Il importe de rejeter violemment tout *a priori* de séparation et même de spécificité irréductible. Bien au contraire, c'est d'une rencontre et d'un enrichissement mutuel qu'il s'agit. Il faut pour cela se décentrer, entendre la souffrance telle qu'elle se dit et y répondre de manière adaptée pour éviter des exclusions de fait de ces populations déjà bien touchées par la pauvreté, l'échec scolaire massif, l'exclusion sociale et même le racisme… L'enjeu n'est pas seulement éthique et humain, il est aussi social. Au nom d'un universalisme abstrait, on prive les migrants, en réalité, de soins. À l'écoute de la singularité, au contraire, peut-on imaginer des structures de soins métissées au sein desquelles chacun aurait sa place[9]?

Pourtant, qu'on le dise haut et fort, il a existé, il existe encore, des dérives du culturalisme. Dans certaines situations, la prise de conscience de la dimension culturelle d'un fait, d'un récit, d'une manière de dire et, d'autre part, la reconnaissance de l'importance des questions identitaires pour les enfants de la deuxième génération, obscurcissent la complexité des questions posées et surtout relèguent au second plan la subjectivité des patients et des thérapeutes. Ces excès du culturalisme sont reconnus depuis longtemps, ce sont les excès de toute position linéaire : ils sont comme cela parce que… On entend proférer avec certitude : les enfants de familles d'Afrique de l'Ouest ont du mal à investir l'écrit car ils viennent de sociétés à tradition orale. Cela va sans dire qu'énoncé ainsi c'est faux car l'élément culturel devient alors le seul déterminant d'une conduite plurifactorielle : tel enfant avec son fonctionnement psychique, son histoire, ses relations avec sa famille mais aussi avec sa maîtresse, etc. est en difficulté à l'école. De même, quand on entend sans vraiment réaliser ce qui est dit « les Kabyles ou les Soussou pensent comme cela » ou encore « les enfants de familles asiatiques ne posent pas de problèmes et quand ils en posent, ils règlent cela entre eux… » La culture érigée en seul déterminant d'une manière d'être ou de penser conduit nécessairement à des positions simplistes, décontextualisées dans le temps et l'espace et souvent à des préjugés qui ne tiennent pas compte de l'aspect dynamique, mouvant et interactif de tout fait humain observé. Ces excès peuvent être évités par une méthodologie et une grande rigueur aussi bien dans l'analyse que dans l'action. Reste que ces arguments

9 Sur ces questions d'intégration de la spécificité culturelle dans les dispositifs de soins pour un meilleur accès aux soins des migrants, *cf.* Bibeau (1994).

sont souvent utilisés pour un grand retour en arrière qui déculturalise l'individu, qui ne pense plus la culture comme un fait humain constitutif de sa position intime et des liens qu'il établit avec le monde.

Ainsi, ne comptez pas sur moi pour faire ici l'éloge de la fixité culturelle, pour partager une illusion ethnicisante qui voudrait que toute la vérité du sujet soit contenue dans la langue maternelle des parents et, qu'en dehors de cette langue, il n'y aurait qu'acculturation stérile ; dans un tel cas de figure, le métissage n'existerait pas et par conséquent le migrant n'existerait pas ; position qui nie l'universalité psychique en présupposant l'altérité culturelle opaque et impartageable et les cultures pensées en termes d'essences antinomiques alors que nous sommes en présence de processus.

À l'inverse, ne comptez pas sur moi non plus, pour partager ce préjugé — ce qui est là sans avoir été pensé par personne selon les mots du linguiste Frédéric François — qui nous imprègne, qui fait partie des préjugés sociaux mais aussi des contre-attitudes culturelles et cliniques, et selon lequel les représentations culturelles des parents ne seraient qu'un épiphénomène, une coloration exotique sans valeur clinique voire épistémologique. Position qui dénie l'altérité culturelle et abrase la complexité humaine en réduisant de l'inconnu à du connu et en présupposant que le savoir serait dans la science de l'Occident et dans ceux qui l'incarnent.

Pour une pensée métissée et cosmopolite

Entre ces deux positions limites, je soutiendrai une position pragmatique, éclectique, une ethnopsychanalyse non idéologique, ouverte sur la société. L'ethnopsychanalyse est une discipline nouvelle en cours de formalisation et aujourd'hui très polymorphe. L'ethnopsychanalyse est, pour moi, une pratique psychothérapique d'orientation psychanalytique qui intègre dans sa compréhension et dans la résolution des conflits les données culturelles propres au patient et ce, de manière complémentariste, c'est-à-dire obligatoire mais non simultanée. L'ethnopsychanalyse est avant tout une pragmatique du lien, de la multiplicité et de la diversité qui éclaire autrement les questions identitaires posées à notre société et donc aussi à l'école et au système de soins. C'est pour sortir du débat mal posé sur l'ethnopsychanalyse, que nous avons proposé de parler de clinique transculturelle qui élargit la perspective et l'inscrit dans un dialogue avec les autres disciplines, avec la société tout entière et avec le monde (Moro et Giraud, 2000 ; Moro, 2002 ; 2007).

À la consultation d'Avicenne construite sur ces principes, nous recevons de plus en plus d'enfants de familles migrantes. Au gré des migrations internationales, les familles arrivent du Maghreb, d'Afrique noire, des pays d'Europe du Sud, d'Asie du Sud-Est, de Turquie, du Moyen-Orient, mais

aussi d'Europe de l'Est, etc. Ils viennent dire leur envie de comprendre, de se reconstruire quand ils ont trop souffert. Ils viennent montrer leur besoin de reconnaissance et dire celui de leurs parents. Ils viennent clamer leur envie de participer à la construction du monde. Penser ces enfants de migrants dans leur complexité, les penser dans leur singularité, pouvoir penser et respecter la différence de leurs parents nous permettra à tous, enseignants, éducateurs, médecins, infirmières, psychiatres, psychologues, etc. de mieux les comprendre, les aider, les éduquer et les soigner… Le défi est de taille, c'est celui du métissage et de la créativité des sociétés modernes confrontées, et c'est une chance, aux mouvements internationaux des migrations d'hommes, de femmes, d'idées aussi.

Dire les faits, de manière simple mais inévitable, c'est-à-dire humaine selon la belle définition qu'Isaac Stern donnait de la musique et que nous étendons à tout récit, dire les faits observés et les paroles entendues, tel est notre projet. Pour ce faire et ne pas éviter les obstacles, un détour s'impose par le racisme y compris en clinique et sa genèse. Ce racisme concerne aussi bien les cliniciens que les institutions et est rarement reconnu. C'est pourquoi il est important d'y consacrer un détour.

Les rances racines du racisme

L'expérience de la consultation d'Avicenne montre l'importance des actes et surtout des microactes racistes au quotidien. Les familles en parlent peu spontanément et ouvertement, souvent en s'excusant d'être amenées à le dire, se sentant vaguement responsables de ce qui leur est dit ou fait. Elles ne les évoquent que lorsque la confiance et installée et pour rendre compte d'une difficulté à construire du familier rassurant et réconfortant. Les enfants ont encore plus de mal que les parents à le verbaliser et souvent ils se taisent. L'événement violent qui les a touchés est alors raconté au décours d'un dessin, d'une association d'idée, d'un souvenir douloureux. Seuls les adolescents rebelles en parlent facilement et parfois le mettent en avant comme une cause, parmi d'autres, de leur malaise. Pourtant nombre d'entre eux en souffrent au quotidien comme une sorte de prix à payer pour grandir dans un monde qui ne leur appartient pas tout à fait.

Il s'agit de violences faites aux parents, de violences faites aux enfants très vulnérables à ces questions d'identité, de différences, aux enfants qui ont des difficultés à s'inscrire dans des filiations précarisées par des ruptures dans la transmission, aux enfants à la recherche d'affiliations sûres et stables dans un monde mouvant, celui de l'exil de leurs parents. Or l'enfant en mal d'identité et donc de reconnaissance est d'autant plus sensible à cette violence fondamentale qu'il est un être en devenir et qu'il doit se construire malgré tout. Il subit donc toutes ces agressions liées à son être même et à ses

origines comme autant de preuves de sa difficulté à être. Il connaît bien la portée de ces actes qui vous atteignent au plus profond de vous et parfois, il profère lui-même des injures racistes ou même, il commet des actes racistes, par des processus d'identification à l'agresseur et d'intériorisation de relations marquées par le sceau de la violence et de l'attaque du lien. L'enjeu se situe donc dans la genèse du racisme et dans sa transmission.

Le racisme, ce n'est pas un objet clinique, c'est un fait, ce sont des mots, tout à la fois le fruit de la mauvaise foi et de la mauvaise conscience.

Les énoncés racistes constituent un ensemble de préjugés qui tantôt s'appuient sur des soubassements pseudo-scientifiques génétiques, biologiques, anthropologiques ou même psychologiques… C'est un fait maintenant démontré, le concept de race n'a pas de consistance encore moins, si c'est possible, celui de hiérarchie entre les groupes de populations quelle que soit leur définition. De même sont caduques, et ce depuis longtemps, les théories culturalistes qui cherchaient à définir des propriétés psychologiques propres à tel ou tel groupe. Les théories racistes de Gobineau s'appuyaient sur une inégalité des races humaines en termes qualitatifs. Aujourd'hui « l'assujettissement idéologique est une forme de clonage des idées (…). Il procède d'un refus de la diversité des références culturelles dont s'est saisie aujourd'hui une nouvelle mouture du racisme. Pour elle, ce ne sont plus les races biologiquement différentes qui sont incompatibles, que les cultures, les civilisations qui deviennent incompatibles et dont il faut éviter à tout prix un métissage abâtardissant » (Kahn, 2000, p. 40). Le racisme s'appuie sur des contre-vérités scientifiques. Alors pourquoi continue-t-il à exister, et même à se développer à certains moments de la vie d'une société donnée — la clinique étant inscrite dans cette société ? Pourquoi tant de tolérance à de tels actes, à de tels propos ? Pourquoi ce sentiment quotidien d'une impunité de ceux qui commettent ces actes et les répètent ?

En fait, il faut le dire haut et fort, il n'existe pas d'approche neutre du racisme. Les grandes analyses psychologiques des années cinquante qui ont contribué à la mauvaise conscience occidentale sans modification profonde du phénomène raciste furent souvent guidées par l'idéal moral ou l'engagement politique (Sauverzac, 1993). C'est donc (selon la dialectique hégélienne) d'une place de maître ou d'esclave que l'on tient un discours sur la différence. D'où les implications sociales voire politiques d'un tel discours. C'est pourquoi nous, cliniciens, nous rechignons souvent à le tenir. Mais le racisme a de telles répercussions sur la clinique quotidienne des migrants, sur la construction des dispositifs de soins adaptés, sur le statut de la différence en clinique, sur le devenir des enfants de la deuxième génération qu'il nous apparaît important de tenter de définir quelques pistes de réflexions sur la question du racisme — sur un sujet comme cela, il est plus impudique de se taire que de parler.

Ne pas reconnaître des différences, c'est faire le lit du racisme

Le structuralisme fournit un outil précieux pour analyser les productions des groupes culturels et pour sortir définitivement de l'idée-même ou de l'implicite de la hiérarchie des cultures. Dans *Race et histoire*, Lévi-Strauss (1961) démontre, à travers une analyse historique, que « l'humanité ne se développe pas sous le régime d'une uniforme monotonie, mais à travers des modes extraordinairement diversifiés de sociétés et de civilisations ». Ces sociétés sont alors réunies par une dynamique de l'échange. Lévi-Strauss insiste sur la nécessité de reconnaître les différences entre les cultures, comme entre les langues malgré des grammaires ou des sémantiques communes. Ne pas reconnaître ces différences, c'est faire le lit du racisme dans la mesure où nier une donnée d'expérience (la différence de langue, de couleur de peau, de manières de vivre, etc.) conduit à rejeter en bloc l'assertion selon laquelle : ne soyons pas racistes car nous sommes tous pareils. La diversité est un fait d'expérience qui doit être reconnu dans ses effets et sa créativité. Cette donnée humaine nous contraint au don et à l'échange, ce qui est sans doute une des propriétés qui caractérisent l'humain : la contrainte à l'échange. Dans son célèbre *Essai sur le don*, Marcel Mauss démontre que le don règle les rapports sociaux dans toutes les sociétés : « Il s'agit d'une obligation symbolique de donner et d'une obligation de recevoir, permettant l'échange social et l'évitement des conduites agressives ». Le racisme exclut un individu, un groupe, une société de cette relation d'échange et donc permet ou entraîne un déferlement des passions agressives, une destruction intentionnelle, une possibilité de penser l'autre comme en dehors de l'échange dont on a besoin et qui permet la vie. Ainsi, nous sommes amenés à penser le don et l'échange entre des individus et des groupes distincts ou la violence. Les termes sont alors posés.

Cette agressivité à l'égard de l'être-même de l'autre est d'autant plus forte qu'elle trouve des échos à l'intérieur de nous-mêmes, dans notre propre étrangeté.

Notre part d'ombre

Le racisme est, en termes psychanalytiques, une forme ou une réaction au sentiment d'inquiétante étrangeté : *Das Unheimliche* (Freud, 1919). Après une étude étymologique des liens entre familier *(heimlich)* et étranger *(unheimlich),* Freud pose l'hypothèse selon laquelle « l'inquiétante étrangeté est une variété particulière de l'effrayant qui remonte au depuis longtemps connu, depuis longtemps familier ». Est *unheimlich* tout ce qui devait rester un secret, dans l'ombre, et qui en est sorti comme par effraction. Dans ce texte fondateur, Freud montre « que l'autre c'est mon propre inconscient »

et les productions racistes peuvent alors apparaître comme des retours du refoulé d'autant plus effrayants qu'ils menacent la part consciente de nous-mêmes. Ainsi « le moi archaïque, narcissique, non encore délimité par le monde extérieur, projette hors de lui ce qu'il éprouve en lui-même comme dangereux ou déplaisant en soi, pour en faire un double étranger, inquiétant, démoniaque. L'étranger apparaît cette fois comme une défense du moi désemparé : celui-ci se protège en substituant à l'image du double bienveillant qui suffisait auparavant à le protéger, une image du double malveillant où il expulsera la part de destruction qu'il ne peut contenir » (Kristeva, 1988, p. 271). Ainsi, la violence de ces productions est grande pour celui qui les reçoit. Apparaît alors un lien étroit entre l'inquiétante étrangeté, l'angoisse et la compulsion de répétition. D'où ce sentiment d'éternelle renaissance de ces mouvements racistes individuels et collectifs qui s'abreuvent dans ces angoisses archaïques qui souvent ne sont pas reconnues et donc élaborées et maîtrisées. Multiples sont les variantes de l'inquiétante étrangeté mais « toutes réitèrent ma difficulté à me placer par rapport à l'autre, et refont le trajet de l'identification-projection qui gît au fondement de mon accession à l'autonomie. » (*ibid.*, p. 276). Il s'agit donc de la construction de l'être qui s'enracine dans l'inconscient et donc du rapport à notre propre altérité.

La reconnaissance d'une différence

Elle est d'autant plus radicale qu'elle garde la trace de l'histoire, de la domination, et de l'idéologie.

Ce qui se décrit au niveau individuel a aussi des traductions collectives comme l'a montré il y a longtemps déjà Mannoni (1950) dans son livre *Le racisme revisité*. Mannoni étudie, à partir de la colonisation de Madagascar, l'insurrection et les massacres qui s'ensuivirent de 1947 à 1960 « Les projections du Blanc sur le Noir, le racisme du colon et ses effets en retour sur le colonisé » (Sauverzac, 1993). Ce texte est une véritable archéologie du racisme dans son lien à l'histoire de la colonisation. Mannoni en a cherché les déterminismes anthropologiques plutôt que psychologiques même si son titre initial était *Psychologie de la colonisation*. D'une façon plus générale, Mannoni introduit la dimension relationnelle du racisme, la phénoménologie de l'interaction à l'autre, une impossibilité à penser notre propre altérité : « Le Nègre c'est la peur que le Blanc a de lui-même. » « L'un projette sur l'autre ses fantasmes archaïques *[idée développée ensuite par F. Fanon]* et s'en effraie en retour (…) il loge chez l'autre ce qu'il refoule ou dénie en lui-même. Bien plus, il ne rencontre aucun autre véritable. » L'autre n'est pas un semblable différent, l'autre n'est que l'ensemble des projections qu'il s'est faites, « il n'a affaire qu'aux images qu'il s'est fabriquées » (Mannoni, 1950). Puis le processus raciste s'auto-entretient en s'appuyant sur le narcissisme des petites *différences* « qui à son tour répercute les différences dans sa hiérarchie. De

sorte que la victime du racisme trouve à son tour un plus noir que soi (...) phénomène surdéterminé évidemment par les situations économiques, les processus de paupérisation, les antagonismes de classes » (*ibid.*).

Fanon (1952) montrera que « le Noir ne veut pas se faire reconnaître comme humain dans la dimension œcuménique d'on ne sait quel universalisme tombé du ciel, il veut se faire reconnaître comme Noir », il veut qu'on reconnaisse sa négritude. Bref, il ne s'agit pas d'un droit à la différence sans contenu, mais de la reconnaissance d'une différence d'autant plus radicale qu'elle garde « la trace de l'histoire, de la domination, de l'idéologie » (*ibid.*). On entre là dans la dimension politique du racisme, axe essentiel exploré par nombre de philosophes comme Sartre, Arendt ou Fanon. Il conduit alors à l'assujettissement idéologique et économique de l'autre et, dans des cas extrêmes, à la négation même de son existence. La résistance passe alors par une réappropriation de son histoire collective et singulière et de ses avatars. Ce sont d'ailleurs ces différences, ces qualités, ces singularités, ces parcelles incarnées de l'humanité ou d'inhumanité affublées de qualificatifs péjoratifs qui sont transmises dans les actes et dans les mots.

Au terme de débats souvent plus idéologiques que cliniques, la perspective transculturelle est en train de s'imposer comme un passage nécessaire pour l'accueil et le soin des familles migrantes et de leurs enfants mais aussi comme un mode de réflexion sur la clinique générale de ce début du vingt et unième siècle, clinique complexe et mouvante car arrimée à son contexte. Une clinique de la modernité.

Bibliographie

Amselle JL. Logiques métisses. Anthropologie de l'identité en Afrique et ailleurs. Paris : Payot ; 1990.

Anzieu D. Le Moi-Peau. Paris : Dunod ; 1985.

Barry A. « Psy » d'étrangers : le risque de l'exotisme à deux sous. Hommes et Migrations 2001 ; 1233 : 92–9.

Bateson G. Mind and Nature. A necessary unity. Toronto : Bantam Book ; 1979.

Bibeau G. Se libérer du modernisme politique occidental. Le pluralisme culturel « contre » la république. Transitions 1994 ; 37 : 7–53.

Corin E. Playing with Limits : Tobie Nathan's Evolving Paradigm in Ethnopsychiatry. Transcultural Psychiatry 1997 ; 34 (3) : 345–58.

Devereux G. L'image de l'enfant dans deux tribus : Mohave et Sedang. Revue de Neuropsychiatrie Infantile et d'Hygiène Mentale de l'Enfant 1968 ; 16 (4) : 375–90 (Republié in Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie 1985 ; 4 : 109–20).

Devereux G. (1969) Psychothérapie d'un indien des plaines. Réalité et rêve. Paris : Jean-Cyrille Godefroy ; 1982.

Devereux G. (1970) Essais d'ethnopsychiatrie générale. Paris : Gallimard ; 1983.

Devereux G. (1972) Ethnopsychanalyse complémentariste. Paris : Flammarion ; 1985.

Devereux G. L'ethnopsychiatrie. Ethnopsychiatrica 1978 ; 1 (1) : 7–13.
Douville O. Notes sur quelques apports de l'anthropologie dans le champ de la clinique interculturelle. L'Évolution Psychiatrique 2000 ; 65 : 743.
Fanon F. Peau noire, masques blancs. Paris : Le Seuil ; 1952.
Fassin D. Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies aux banlieues parisiennes. L'Homme 2000 ; 153 : 231–50.
Freud S. (1919) L'Inquiétante Etrangeté (« Das Unheimliche »). Paris : Gallimard ; 1985.
Kahn A. Clonage, racisme et altérité. In : Bentolila A. L'école face à la différence, « Les entretiens Nathan », Actes X. Paris : Nathan ; 2000. p. 37–41.
Kristeva J. Etrangers à nous-mêmes. Paris : Fayard ; 1988.
Le Carnet Psy 1998; 33 « L'ethnopsychanalyse ».
Lévi-Strauss C. Race et histoire. Paris : Gallimard ; 1961.
Mannoni O. Psychologie de la colonisation. Paris : Le Seuil ; 1950 [republié en 1993 sous le titre Le racisme revisité (Madagascar 1947)].
Mead M. (1928) Mœurs et sexualité en Océanie (trad. fr.). Paris : Plon ; 1963.
Mead M. (1930) Une éducation en Nouvelle-Guinée (trad. fr.). Paris : Payot ; 1973.
Moro MR, Giraud F. L'exil et la souffrance psychique. Esprit juillet 2000 : 155–68.
Moro MR. (1994) Parents en exil. Psychopathologie et migrations. Paris : PUF ; 2001.
Moro MR. Psychopathologie transculturelle des enfants de migrants. Paris : Dunod ; 1998 [2e édition 2000 sous le titre Psychothérapie transculturelle des enfants et des adolescents].
Moro MR. Aimer ses enfants ici et ailleurs. Histoires transculturelles. Paris : Odile Jacob ; 2007.
Moro MR. Enfants d'ici venus d'ailleurs. Naître et grandir en France. Paris : Syros/La Découverte ; 2002.
Nathan T. De sable, de plomb et de cola. Ethnopsychanalyse des objets actifs. Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie 1991 ; 16 : 29–54.
Nathan T. La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique. Paris : Dunod ; 1986.
Nathan T. Le tabou de la sauvagerie ou l'obligation d'humanité. Vers une théorie ethnopsychanalytique de l'autisme infantile. Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie 1990 ; 14 : 15–34.
Nathan T. … Fier de n'avoir ni pays, ni amis, quelle sottise c'était. Grenoble : La Pensée Sauvage ; 1993.
Sauverzac JF. Introduction. In : Mannoni O. Le Racisme revisité (Madagascar, 1947). Paris : Denoël ; 1993.

4 Effets de la migration et de l'exil

Thierry Baubet, Marie Rose Moro

Migrer constitue toujours un acte complexe qui correspond à toute une série de motivations conscientes et inconscientes intriquées, en proportions variables chez chaque individu, rendant chaque histoire unique. Le sociologue Abdelmalek Sayad a dénoncé fort justement dans ses travaux (1999) la tendance à oublier « l'émigré » derrière la figure de « l'immigré ». La conséquence est double : cela revient à ignorer le « prémigratoire », tout ce qui est en amont de l'acte migratoire, que ce soit sur le plan collectif (contexte social et politique) ou individuel, et le contexte changeant du phénomène migratoire selon le temps et les pays d'origine : « A mutiler le phénomène migratoire, comme on a coutume de le faire, d'une partie de lui-même, on s'expose à constituer la population des immigrés comme une simple catégorie abstraite, et l'immigré comme un pur artefact » (*ibid.*, p. 258). Il est classique de distinguer différents ordres de motifs dans le choix de la migration : socio-économiques, politiques et psychologiques (Moussaoui et Ferrey, 1985), même si ceux-ci sont toujours intriqués.

Les motifs socio-économiques, fréquemment mis en avant comme le moteur essentiel au choix du départ, traduisent également d'autres phénomènes renvoyant à un niveau psychique : il peut s'agir de se « sacrifier » pour la famille, ou encore de se poser en « sauveur » de celle-ci, etc. Les motivations politiques sont également fréquentes mais de nature très hétérogène. Pour les demandeurs d'asile, il s'agit d'échapper à une menace vitale dans le pays d'origine, le plus souvent après des persécutions, tortures, etc. On parle alors plutôt d'exil que de migration, et les incidences psychologiques sont très différentes. L'exil est une fuite de la terre natale, plus qu'un départ vers l'ailleurs, et il ne s'accompagne d'aucun projet ou fantasme de retour, pas plus qu'il n'a été précédé d'une élaboration. La rupture, effectuée dans un contexte dramatique, est précipitée et définitive. Freud, dans la première lettre qu'il écrivit à Max Eitington le 6 juin 1938, lors de son arrivée en exil à Londres, disait « L'atmosphère de ces journées m'est difficile à capter, pour ne pas dire indescriptible. Au sentiment de triomphe que nous éprouvons en nous voyant en liberté, il s'ajoute une proportion excessive de tristesse, car malgré tout, j'aimais beaucoup la prison dont

on m'a délivré » (cité par Grinberg et Grinberg, 1986, p. 268). De plus les événements traumatiques prémigratoires vont modifier la manière dont l'expérience de l'exil est vécue. Le cas des *harkis* est un autre exemple de migration politique. Ces Algériens, qui ont choisi le camp de la France lors de la Guerre d'Algérie, sont d'origine algérienne et de confession le plus souvent musulmane, de nationalité française mais identifiés dans notre société aux Maghrébins et aux immigrés, et n'ont aucun espoir de pouvoir retourner un jour dans leur pays d'origine. Le Du (2002) a souligné les conséquences parfois douloureuses de cette situation sur les enfants de *harkis*, et ses possibles effets psychopathologiques. Les motifs psychologiques recouvrent deux niveaux différents : conscient et inconscient. Sur le plan des motivations conscientes, « La décision de migrer, acte hautement solitaire, est l'aboutissement d'un rêve à plusieurs où le futur pays récepteur est idéalisé, les difficultés minimisées, dans un climat de véritable contagion psychologique. (…) le départ du migrant est autant une quête de soi-même qu'une tentative de reconquête de sa dignité par le travail et l'argent » (Moussaoui et Ferrey, 1985, p. 20). Les motivations inconscientes, toujours complexes, sont très variées, mais l'expérience montre qu'en faisant ce choix, le migrant s'est souvent placé du côté de la vie, pour tenter d'échapper à un contexte jugé mortifère : contexte familial dysfonctionnel, emprise parentale, refus du système de valeurs familial, etc. Parfois la migration est entreprise comme un acte « autothérapeutique » au travers duquel le sujet pourrait en quelque sorte « renaître », par exemple en s'auto-infligeant un nouveau trauma dans le but d'en annuler un plus ancien (Heidenreich et coll., 2002), ou bien encore il réalise le besoin de s'éloigner de sa famille pour asseoir la fonction paternelle, ou de mettre en jeu le fantasme d'être orphelin (Grinberg et Grinberg, 1986). On voit bien que ces quelques exemples de motivations inconscientes vont entraîner des conséquences bien différentes à l'épreuve de la réalité.

Les raisons pour lesquelles on migre sont donc nombreuses. Parfois, on est contraint de le faire pour des motifs politiques, d'autres fois pour des raisons économiques. Parfois, on choisit de migrer pour trouver une vie décente ailleurs, ou par soif de liberté individuelle, d'aventure ou d'exotisme. Mais qu'elle soit voulue ou subie, toute migration est un acte courageux qui engage la vie de l'individu et entraîne des modifications dans l'ensemble de l'histoire familiale. De plus, les récits mille fois entendus de migrations nous font penser que, parfois, les motifs du voyage, même choisi, sont ambivalents : désir de partir et peur de quitter les siens, modalités de résolution de conflits familiaux et aboutissement d'une trajectoire de rupture ou d'acculturation à l'intérieur de son propre pays… La migration, c'est là sa grandeur existentielle, est un acte complexe qui ne peut être réduit aux catégories du hasard ou de la nécessité !

Un travail d'élaboration nécessaire

Les sujets migrants sont contraints à un double travail d'élaboration psychique : travail de deuil et travail de « reliaison » post-traumatique, deux niveaux que nous envisagerons successivement.

Migration et deuils

Migrer, c'est bien sûr laisser derrière soi de la famille, des amis, un métier, un statut social, la terre des ancêtres vivants et morts. Cela implique donc des renoncements, de la nostalgie, et parfois des deuils inacceptables. Ce travail de deuil, qui passe par les phases classiquement attribuées à ce processus, a notamment été décrit par Grinberg et Grinberg (1986) : les sentiments initiaux de douleur intense pour ce qui a été perdu, accompagnés de désorganisations anxieuses dans un sentiment de détresse, de solitude, d'abandon, laissent progressivement la place à des affects dépressifs (et éventuellement à des défenses maniaques se traduisant par une minimisation ou une dénégation du changement survenu).

Potentialités traumatiques de la migration

La migration est d'abord un événement sociologique inscrit dans un contexte historique et politique. Pourtant, quelles que soient les motivations de cet acte, la migration est parfois traumatique. L'événement migratoire est ici considéré comme un acte psychique : par la rupture du cadre externe qu'elle implique, la migration entraîne par ricochet une rupture au niveau du cadre culturel intériorisé du patient (Nathan, 1986). Il est en fait nécessaire de distinguer plusieurs dimensions de ce traumatisme migratoire (Nathan, 1987, p. 8) : « le traumatisme classiquement décrit par la théorie psychanalytique et qui pourrait se définir comme un soudain afflux pulsionnel non élaborable et non susceptible d'être refoulé du fait de l'absence d'angoisse au moment de sa survenue » ; la psychanalyse reconnaît trois significations à la notion de traumatisme : celle d'un choc violent, celle d'une effraction, celles de conséquences sur l'ensemble de l'organisation. À côté de ce premier type de traumatisme, Nathan en différencie deux autres : « le traumatisme "intellectuel" ou traumatisme du "non-sens" dont le modèle a été fourni par G. Bateson dans sa définition du "double-bind" (double contrainte) ; enfin un troisième type, le traumatisme de la perte du cadre culturel interne à partir duquel était décodée la réalité externe. » Lorsqu'il y a traumatisme migratoire, c'est généralement un traumatisme « du troisième type », mais il peut être associé aux deux autres types, les dimensions affectives, cognitives et culturelles entretenant des interactions nécessaires et complexes. Le traumatisme migratoire n'est pas constant et inéluctable, il peut cependant survenir quelle que soit

la personnalité antérieure du migrant. Les facteurs sociaux défavorables (au pays et en France) sont des facteurs aggravants. De plus même lorsqu'il survient, ce traumatisme n'entraîne pas forcément des effets pathogènes. Il est parfois, comme tout traumatisme, structurant et porteur d'une nouvelle dynamique pour l'individu voire souvent germe de métamorphose et source d'une nouvelle créativité. La migration peut donc être aussi porteuse de potentialités créatrices. D'où la nécessité d'identifier les facteurs qui permettent de maîtriser le risque transculturel. Reste une autre raison pour laquelle la migration peut être traumatique. Les parents vivent cet exil dans des dominantes différentes en fonction de l'alchimie, de la brutalité, des nécessités qui ont présidé à ce voyage. Il y a mille et une façons de se séparer de sa famille et de ses premières appartenances et d'arriver en France. Le voyage les engage pour longtemps, ils le savent ou le pressentent. Mais surtout, cet acte engage leur descendance, ceux qui naîtront dans cet ailleurs qu'il soit doux, amer, tranquille ou douloureux. Ainsi, dans son *Traité des passions pessimistes*, Spinoza parle de l'exil comme d'un triste bonheur...

Le trauma migratoire est vécu directement par les parents et transmis aux enfants sous forme d'un récit idéalisé, souvent d'un récit tronqué, parfois encore sous l'apparence d'une nécessité alors qu'il s'agissait d'un choix et trop souvent, sous forme d'un non-dit douloureux voire destructeur, car non symbolisable, réalisant ce que Abraham et Torok (1978) ont nommé un mécanisme d'inclusion (Baubet, 1999). Sur le plan topique la crypte réalise une zone clivée du moi dans laquelle sont conservés en l'état les éléments qui n'ont pu être élaborés. La crypte d'un parent peut déterminer chez l'enfant ce qu'Abraham a nommé le travail du fantôme et qui correspond « au travail dans l'inconscient du secret inavouable d'un autre ». Il y a en quelque sorte transmission par le parent de l'absence de certains contenus psychiques. Dans le cas qui nous intéresse, c'est pour ainsi dire ce qui permettrait de lier les deux mondes qui ne peut être transmis (*ibid.*). Pour les enfants de migrants ce nœud de l'histoire parentale va constituer une matrice de fantasmes, d'hypothèses, de constructions en miroir des fantasmes parentaux souvent riches et créateurs mais parfois aussi névrotiques et stérilisants. Tel fils de migrants raconte que son père a quitté le pays pour permettre que ses enfants survivent, deux étant morts avant lui, tel autre me raconte que son père a migré tel un aventurier des temps modernes pour s'initier à un autre monde comme d'aucuns sont initiés dans la brousse, tel autre enfin se souvient avoir entendu lors d'un repas familial que son oncle a migré pour rembourser une caution : il avait volé des bijoux, il avait été mis en prison puis il en était sorti sous caution ; il fallait alors la rembourser... Autant de bribes de vies arrêtées mais aussi parfois réanimées, revivifiées par la migration.

De nouveaux repères

La migration entraîne toute une série de modifications parfois subtiles qui concourent à fragiliser l'individu (Westermeyer, 1989) et qui vont nécessiter une adaptation. De multiples domaines sont concernés, on peut citer :

- l'environnement : climat, style vestimentaire, modalités de relation avec le voisinage, nourriture, etc. ;
- le langage et les styles de communication : la maîtrise de la langue est d'autant plus rapide que les sujets sont jeunes, ce qui conduit souvent à une inversion des rôles parent/enfant, la communication non verbale (distance de dialogue, regard, etc.) nécessite également un apprentissage dont l'absence peut conduire à un certain isolement social ;
- la perte du réseau social ;
- la modification des rôles sociaux : profession, statut social ;
- la modification des rôles familiaux : homme/femme, parents/enfants, adultes/vieillards ;
- les possibilités de pratique religieuse, de respect des interdits religieux, etc. ;
- les règles et lois en vigueur, comme par exemple les lois concernant la polygamie, les règlements administratifs ;
- les conflits de loyauté, par exemple politiques, concernant la position du pays d'accueil envers des événements survenus dans le pays d'origine.

À cela il faut ajouter la nécessité de s'adapter aux réactions des membres de la société d'accueil, réactions parfois teintées de préjugés, de rejet et de racisme ; et celle de concilier les attentes vis-à-vis d'un pays d'accueil parfois idéalisé et la réalité de ce que le migrant y découvre.

De « l'adaptation » au métissage

Certains auteurs ont décrit différentes manières de parvenir (ou non) à une adaptation dans ce nouveau contexte[1]. Ces travaux présentent plusieurs limites : tout d'abord ils sont réalisés auprès de populations réfugiées, ce qui ne représente pas tous les cas de migration, ensuite ils reposent le plus souvent sur des approches cognitivo-comportementalistes. Khoa et Van Deusen (1981) distinguent ainsi trois modalités adaptatives :

- *old line pattern* : rejet de la nouvelle culture, refus de s'adapter, manifesté souvent par les migrants âgés ;
- *assimilative pattern* : adoption de nouvelles façons de faire et de penser avec abandon des anciennes, souvent observée chez les jeunes migrants ;
- *bicultural pattern* : adoption sélective de nouvelles valeurs tandis que des valeurs de la culture d'origine sont préservées.

1 Pour une revue *cf.* Westermeyer (1989, p. 25 sqq).

En 1982, Lin et coll. ont proposé de considérer cinq catégories de *coping* face aux changements culturels induits par la migration à partir de l'observation de réfugiés vietnamiens aux États-Unis :

- marginalisation névrotique : la tentative de se plier aux exigences des deux cultures entraîne le développement d'une anxiété massive ;
- marginalisation déviante : l'impossibilité de satisfaire à des exigences antinomiques entraîne le refus des normes des deux cultures ;
- traditionnalisme : repli sur les normes culturelles de la société d'origine pour éviter le deuil et la confusion ;
- suracculturation : abandon de la culture d'origine, perte des supports habituels augmentant la vulnérabilité ;
- biculturation : intégration des deux cultures au travers de la réalisation de compromis.

Penser les choses en termes « d'adaptation » et de *coping* ne rend pas suffisamment compte des processus sous-jacents à l'œuvre. Grinberg et Grinberg (1986) ont décrit dans une perspective psychanalytique les vicissitudes du travail d'élaboration nécessaire en insistant sur l'importance des deuils et des affects dépressifs. La reconnaissance de la souffrance dépressive devenue possible s'accompagne de l'incorporation progressive d'éléments du nouvel univers culturel. Autrement dit, le clivage qui a pu être mis en place entre les univers de référence se lève peu à peu, permettant un métissage culturel : il devient possible de fonctionner dans plusieurs logiques culturelles sans avoir à renoncer à aucune d'elles. Finalement, la question de l'identité est centrale dans la migration : comment continuer à être soi tout en se modifiant, comment maintenir le sentiment de continuité de soi, de son histoire, de son rapport aux autres (visibles et invisibles), lorsque la réalité n'est que ruptures ?

De plus, cette reconstruction psychique se met en place dans un espace traversé d'éléments adverses, comme par exemple le racisme de la société hôte, dont l'impact sur la santé mentale des migrants a été bien établi (Fernando, 1991 ; McKenzie, 2003).

Existe-t-il des pathologies spécifiques liées à la migration ?

La question de l'existence de tableaux spécifiques liés à la migration se confond souvent avec celle de tableaux liés à la culture des patients. Différents « tableaux cliniques » sont ainsi attribués aux ressortissants de certaines aires culturelles. On connaît la locution de « syndrome méditerranéen » par exemple, censée traduire une tendance géographiquement déterminée aux plaintes fonctionnelles notamment algiques. Il se pose donc ici deux questions différentes : rencontre-t-on, chez les migrants en France, des

tableaux qui seraient spécifiques d'une aire culturelle, et par ailleurs, des tableaux qui seraient la conséquence de l'acte migratoire ? Nous développerons ici essentiellement cette deuxième question. La migration constitue un acte au déterminisme complexe ayant des incidences psychiques variables nécessitant toujours un travail d'élaboration, et elle constitue un élément de la trajectoire de sujets ayant bien sûr une vie « avant » la migration. Les interactions entre l'acte migratoire et la psychopathologie sont complexes, et nous illustrerons notre propos de quelques situations cliniques fréquemment observées.

Lien avec l'événement migratoire

Il va de soi que les migrants peuvent souffrir de tous types de pathologies psychiatriques. La question qui se pose ici est de comprendre quels liens ces troubles peuvent entretenir avec l'événement migratoire. Deux situations peuvent être distinguées pour les pathologies qui apparaissent après la migration. Dans le premier cas, la migration vient « révéler » une pathologie antérieure, qui était soit compensée, soit tolérée par l'environnement familial et social, et comprise dans le cadre culturel. C'est le cas par exemple lors de certaines pathologies mentales de l'enfant, qui peuvent, dans certaines sociétés, lui conférer un statut particulier, un quelque chose « de plus » (Réal, 1997), représentations culturelles qui peuvent s'effondrer après la migration. Ce qui était singulier, mais fonctionnel et chargé de sens dans un environnement donné devient « pathologie » dans la migration. Dans le second cas, c'est l'élaboration que nécessite la migration qui va donner lieu à l'apparition de troubles, ceux-ci étant modulés par des facteurs personnels et collectifs, pré-, per-, et post-migratoires.

Temporalité

La temporalité de tels troubles est très variable. Ils peuvent survenir très précocement après la migration. Dans ce cas, s'ils ne sont pas dans la continuité d'une pathologie chronique, ils témoignent fréquemment d'un processus de crise lié à l'événement migratoire, dont le pronostic est souvent bon, même si les troubles peuvent être spectaculaires. De telles crises peuvent être différées et surgir parfois des décennies plus tard, voire même être projetées sur l'un des enfants qui sera alors « mandaté » (dans le sens de *mandat transgénérationnel* proposé par S. Lebovici) pour réduire le clivage entre des univers culturels disjoints. D'une manière générale, certaines périodes comportent davantage de risques de décompensation : les deuils, les traumatismes psychiques, et les périodes remettant en question le sentiment identitaire. Les deuils quels qu'ils soient risquent de réactiver les deuils liés à la migration qui n'ont pas été élaborés. De plus la migration

et surtout l'exil contraignent à « l'abandon » des sépultures des ancêtres, à l'impossibilité d'assurer les rituels adéquats, et il n'est pas rare que les patients réfugiés n'aient jamais pu se rendre sur la tombe de membres de leur famille, lorsque les morts ont pu être repérés et identifiés… De même les événements traumatiques sont susceptibles d'entrer en résonance avec le traumatisme migratoire, et parfois avec des traumatismes antérieurs. Enfin, les événements et les périodes de la vie qui remettent en question les réaménagements identitaires sont également des périodes de vulnérabilité. On peut citer l'accession à la vie amoureuse pour les adolescents, la naissance du premier enfant pour les femmes, l'autonomisation des enfants et leur mariage pour les parents, etc. La retraite est également une période à risque. Certains migrants mettent en place un clivage presque hermétique qui peut se maintenir des dizaines d'années, vivant ainsi en vase clos entre leur lieu de travail, leur logement, et quelques lieux de socialisation qui leur permettent de se maintenir dans l'illusion d'une vie « comme avant ». Qu'il s'agisse d'une migration volontaire ou d'une situation d'asile politique, le moment du « regroupement familial » est aussi une période difficile. L'image du père de famille ayant réussi en France est sévèrement écornée par ce que sa femme et ses enfants perçoivent une fois arrivés : statut souvent précaire, hostilité du milieu, distance dans laquelle les maintient la société d'accueil, etc. Les règles qui régissaient jusque-là le fonctionnement familial volent souvent en éclat.

On voit donc que les troubles psychiques ne sont jamais la conséquence « mécanique » de la migration, qu'ils ont à voir avec toute une série de facteurs, des plus intrapsychiques aux plus sociaux. Ces troubles en lien avec la migration peuvent être différés et s'échelonner tout au long de la vie. Ce point est important pour tout thérapeute ayant à prendre en charge ces patients : il serait tout aussi néfaste d'oublier l'événement migratoire que de le considérer comme un « point zéro », pseudopoint de départ à leur vie psychique. Les explorations du vécu prémigratoire, du voyage et de la vie dans le pays d'accueil sont trois volets très utiles pour aborder la dynamique des conflits psychiques dans lesquels sont pris ces patients.

Conclusion

Pour répondre à la question posée plus haut, nous soutenons qu'il n'y a pas de pathologie « spécifique » liée à la migration : la migration contraint à un travail d'élaboration qui peut connaître des achoppements, ceux-ci s'exprimeront alors dans tout le registre de la psychopathologie, l'expression clinique en étant conditionnée par toute une série de facteurs individuels, culturels, et dans un contexte social déterminé. La migration pose finalement au sujet la question de l'identité dans ses différentes dimensions : continuité historique, du sentiment de soi, du lien aux autres. La prise en charge des

troubles susceptibles de survenir dans un tel contexte nécessite avant tout que les cliniciens se débarrassent d'un certain nombre de stéréotypes…

Bibliographie

Abraham M, Torok M. L'écorce et le noyau. Paris : Aubier-Flammarion ; 1978.

Baubet T. « Toxicomanies » chez les enfants de migrants : une approche ethnopsychiatrique. Le Journal des Psychologues 1999 ; 172 : 36–8.

Fernando S. Mental health, race et culture. London : MacMilian Press ; 1991.

Grinberg L, Grinberg R. Psychanalyse du migrant et de l'exilé. Lyon : Cesura ; 1986.

Heidenreich F, Baubet T, Moro MR. Archéologie du trauma. À propos de la névrose traumatique chez le sujet migrant. Synapse 2002 : 187.

Khoa LX, Van Deusen JM. Social and cultural customs : their contribution to resettlement. J Refugee Resettlement 1981 ; 1 : 48–51.

Le Du C. Harkis, un passé sous silence. L'autre, Cliniques, Cultures et Sociétés 2002 ; 3 (1) : 53–67.

Lin KM, Masuda M, Tazuma L. Adaptation problems of vietnamese refugees, III : case studies in field – adaptative and maladaptative. Psychiatr J Univ Ottawa 1982 ; 7 : 173–83.

McKenzie K. Racism and health : racism is an important health issue. BMJ 2003 ; 326 : 65–6.

Moussaoui D, Ferrey G. Psychopathologie des migrants. Paris : PUF ; 1985.

Nathan T. La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique. Paris : Dunod ; 1986.

Nathan T. La fonction psychique du trauma. Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie 1987 ; 7 : 7–9.

Réal I. Filiation, affiliation, et handicap dans la migration. Champ Psychosomatique 1997 ; 11/12 : 101–15.

Sayad A. La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré. Paris : Seuil ; 1999.

Westermeyer J. Psychiatric care of migrants : a clinical guide. Washington : American Psychiatric Press ; 1989.

5 Parents-enfants en situation migratoire : une nouvelle clinique des métissages

Marie Rose Moro

Comment définir la clinique transculturelle de l'enfant ? Cette clinique s'inscrit nécessairement dans un courant de recherche anthropologique (les études sur l'enfant) et psychologique (la psychologie transculturelle — comparaison des manières de faire avec les enfants et comparaison de leur évolution dans diverses cultures), même si, maintenant, la clinique transculturelle de l'enfant diffère radicalement de ces deux champs et reconnaît une méthodologie spécifique.

Historique : les précurseurs

La manière dont on pense la nature de l'enfant, ses besoins, ses attentes, ses maladies, les modalités de soins, est largement déterminée par la société à laquelle on appartient, ses valeurs, ses apories (Moro, 1994). Devereux (1968) a largement contribué à établir ce fait d'une grande importance clinique. Son travail se nourrit des travaux d'anthropologues et de cliniciens ayant travaillé dans les sociétés non occidentales. De plus, Devereux a longtemps été influencé par le culturalisme américain dont Mead est une des représentantes — les interactions entre Mead et Devereux ont été fréquentes, Mead a même écrit la préface de la seconde édition américaine du livre de Devereux, *Psychothérapie d'un Indien des plaines*. Pourtant, Devereux est le premier à avoir proposé une formalisation théorique et méthodologique pour articuler, d'une part, les représentations de l'enfant et, d'autre part, leurs manières d'être malades et d'être soignés. En effet, corps, psyché et culture sont intimement liés de même que l'individu est intimement lié à son groupe d'appartenance. Les tableaux psychopathologiques de l'enfant s'organisent autour de représentations partagées et incarnées par l'enfant.

Les bases théoriques

L'enfant tient une place modeste dans les travaux de Devereux. En 1956 et en 1963, il a tenté de faire une classification ethnopsychiatrique des désordres

psychiques « Le diagnostic en psychiatrie primitive : théorie générale du diagnostic », or la psychopathologie de l'enfant était peu représentée (Devereux, 1970).

Une étude minutieuse du corpus des textes de Devereux à la recherche de ce qui concerne l'enfant, fait pourtant ressortir plusieurs textes fondamentaux pour la construction de ce champ :

- en 1955, *A Study of Abortion in Primitive Societies* analyse le statut du fœtus et le rôle des représentations maternelles et des représentations culturelles dans les processus qui conduisent à l'avortement ;
- en 1965, il écrit un texte intitulé *La voix des enfants : de quelques obstacles psychoculturels à la communication thérapeutique* (1970) qui prolonge la question posée par Ferenczi dans *La confusion des langues entre adultes et enfants*, à savoir les difficultés pour un adulte de comprendre un enfant pour lui-même et non en s'identifiant à l'enfant qu'il a été. Il approfondira les catégories proposées ici dans le texte suivant qui date de 1968 ;
- *L'image de l'enfant dans deux tribus, Mohave et Sedang* est un essai précieux pour la psychopathologie de l'enfant, nous allons en faire ressortir les points importants. Ce texte est en fait une intervention faite par lui en 1966 devant des pédopsychiatres français dont Serge Lebovici ;
- il s'intéressera aussi à la construction de la parentalité et aux fantasmes parentaux dans plusieurs essais d'abord dans son texte intitulé *Les pulsions cannibaliques des parents* (1965) et aussi de manière marginale dans *Une théorie sociologique de la schizophrénie* (1939) ;
- parmi les syndromes liés à la culture, structurés par des représentations culturelles, on retiendra le texte sur la délinquance sexuelle des jeunes filles dans une société « puritaine » (1964) qui soumet ces comportements à l'analyse d'une science sociale d'orientation psychanalytique.

Nous n'allons étudier que certains des paradigmes de ces textes. Le texte de 1968, un des textes fondateurs, est profondément culturaliste[1]. L'objectif de cette communication était de dégager l'influence sur la pensée psychologique et psychiatrique de la conception culturelle que deux sociétés traditionnelles se font de l'enfant. Plus précisément, il démontre, à travers deux exemples, que la façon dont les adultes voient l'enfant c'est-à-dire : « (…) les idées qu'ils ont de la nature et du psychisme de l'enfant, déterminent leur comportement vis-à-vis de l'enfant et, ce faisant, influence son développement » (1968, p. 110)[2].

1 Pour une analyse détaillée de ce texte, *cf.* Moro (1994, p. 65-7).

2 Depuis Devereux, d'autres études comparatives qui admettent une méthode assez proche ont été faites comme celle de Lallemand (1981) déjà citée sur les Mossi et les Kotokoli.

Statut du fœtus

Pour démontrer son hypothèse, Devereux part d'un fait maintenant bien établi en sociologie (Robert Park cité par Devereux, *ibid.*) : dans une situation donnée, les hommes ne se conduisent pas en fonction de ce que cette situation est en réalité, mais en fonction du sens qui lui est attribué. Ce sens attribué à cette situation est la représentation au sens sociologique du terme. L'image que l'on se fait de l'enfant est en grande partie culturelle. Chaque groupe social définit l'enfant selon des normes qui sont utiles au groupe « commodes aux parents et aux aînés, bien plus que conformes à la réalité objective qu'est l'enfant » (*ibid.*, p. 112). Cette représentation que l'on a de l'enfant apparaît avant même que l'enfant ne naisse et donc que l'on puisse l'observer. Le système de représentation se construit sans doute avant même la conception dans le désir d'enfant et dans l'anticipation de la fonction parentale puis pendant la grossesse. La preuve en est qu'une femme Jivaro qui pense qu'elle est enceinte du démon avortera d'emblée (*ibid.*). Ce sont donc ses croyances qui déterminent sa manière d'agir mais aussi les traductions corporelles quelle que soit la réalité de l'enfant qu'elle porte et avant même qu'il naisse.

Comparaison de l'image de l'enfant dans deux tribus

Pour démontrer l'impact de la culture, il compare deux populations fort différentes (Moro, 1994). Les Mohave[3] sont profondément pétris de « culture psychologique », d'intimité avec l'intériorité, d'étiologies culturelles variées et de rituels multiples et complexes. Les Mohave sont extrêmement doux avec les enfants, ils ne les commandent pas et il n'existe aucun mot mohave pour dire « punition ». L'enfant mohave se sevre quand il veut, il cesse spontanément de se souiller relativement tard (3-4 ans), se masturbe et vers 6-7 ans, il a des relations sexuelles complètes. L'enfant mohave est une personne entière à qui l'on doit tout naturellement protection, nourriture et amour (Devereux, 1968, p. 112-6). Pour les Sédang[4], les représentations et les actes sont bien différents : ni le fœtus, ni le bébé avant l'allaitement n'ont de psychisme. Le bébé est considéré comme un véritable « morceau de bois ». Ainsi, on entend dire au sujet des tout-petits : « sa mère ne l'aime *pas encore* » et pour les plus grands : « il ne sait que trois choses pleurer, manger et déféquer ». En fait, pour les Sedang : « Le psychisme humain, ça existe mais à peine. (…) pour les Sedang, seul le comportement existe » (*ibid.*, p. 115-6). Ainsi, lorsque quelqu'un tombe malade, on cherchera essentiellement à savoir quel dieu opère sur le malade un chantage pour lui « extorquer un sacrifice ». De ces éléments découle le comportement que

3 Indiens nord-américains qui vivent sur les deux bords du fleuve Colorado dans une réserve.

4 Tribu Moï du Sud Vietnam.

les Sedang ont avec les enfants. Les parents sont très durs avec les enfants et peuvent les punir cruellement. Les enfants sont faits pour obéir et travailler.

Construction de la parentalité et fantasmes parentaux

Pour comprendre l'impact des représentations sur le comportement des adultes et le développement de l'enfant, il propose de distinguer deux niveaux de réalité : « (...) réel et fantasmatique se présupposent réciproquement mais (...) pour se présupposer, ils doivent l'un et l'autre exister » (Devereux, 1968, p. 110). Ainsi, en distinguant le réel de la réalité psychique (fantasmatique), Devereux introduit une dichotomie entre ce qui est du comportement *infantile* — maturation d'un organisme biologique et psychique encore inachevé — et ce qui est *puéril,* c'est-à-dire un comportement social et individuel appris. Dans un texte antérieur de 1965, il opposait les catégories « enfantin » et « puéril ». Dans ce premier texte, Devereux définissait comme « enfantin » le comportement « spontané, authentique et positif de l'organisme humain à l'état d'immaturité » et comme « puéril » le comportement « que l'adulte inculque à l'enfant au nom des stéréotypes négatifs élaborés par la culture » (1970, p. 140). Le paradoxe qu'il souligne c'est que c'est ensuite ce stéréotype qui est étudié comme la véritable nature de l'enfant, ce que nous avons appelé les représentations ontologiques[5] de l'enfant.

L'exemple donné à la suite de ce texte pour différencier ce qui est infantile de ce qui est puéril est celui de la période de latence qui n'existe pas par exemple chez les Mohave ou les Sedang, mais qui existe dans la société occidentale où à cette période la curiosité de l'enfant est investie dans les apprentissages scolaires (épistémophilie). Il semblerait d'ailleurs selon Devereux que nombre de sociétés traditionnelles n'ont pas de période de latence car en fait, « le passage de l'érotisme infantile à l'érotisme adulte s'opère généralement sans obstruction psychologique » (1970, p. 227). La période de latence construite dans les sociétés modernes serait liée à une peur socialement prescrite ou purement névrotique (*ibid*.). En revanche, les comportements liés au stade oral, anal, phallique et œdipien sont rattachés par lui au registre infantile, c'est-à-dire à un registre inféré *a priori* comme « universel » de l'ordre du fonctionnement psychique invariant dans un premier temps.

En ce qui concerne la force des fantasmes parentaux projetés sur l'enfant, il insiste sur deux types de fantasmes : les fantasmes cannibaliques (1966) et les fantasmes appelés par commodité « contre-œdipiens » des

5 *Cf. infra* la définition du terme « représentation ontologique », représentation de la nature de l'enfant.

parents (1965) qui seraient à l'origine de l'émergence du complexe d'Œdipe chez l'enfant : « Je crois en l'universalité du complexe d'Œdipe, non qu'il soit biologiquement déterminé chez l'enfant, mais parce que le complexe de Laïus ou de Jocaste est biologiquement déterminé chez l'adulte (...) et est induit dès lors par l'adulte chez chaque enfant né et à naître » (1970, p. 142). Ces fantasmes parentaux multiples et prégnants informent le comportement de l'enfant, et prédéterminent les avatars de ce comportement.

Représentations culturelles

Ainsi, Devereux démontrait que l'image que la société a de l'enfant et l'expérience vécue qu'elle détermine influencent la pensée psychologique générale des membres de la société, de même qu'elles jouent sur les modalités du développement de l'enfant. Devereux termine cette démonstration par une mise en garde encore de rigueur aujourd'hui : il en va de même dans notre propre société où les représentations collectives influent largement sur la psychiatrie de l'enfant : position par rapport à la filiation biologique et à l'abandon, représentations des besoins de l'enfant et attentes de la société par rapport à son développement, tolérance du groupe par rapport aux singularités des enfants et à leur comportement familial ou scolaire, niveau d'exigence cognitive, etc.

Mais il complète cette analyse en introduisant une autre distinction : l'enfant doit être *humanisé* pour devenir un être humain doté d'un psychisme, d'un corps et d'une culture. À ce niveau-là, il introduit une différence fondamentale entre l'acquisition de la culture par l'enfant (humanisation) et l'acquisition d'une culture spécifique (ethnisation) (1970, p. 371) — les culturalistes à outrance, à notre sens, confondent souvent les deux niveaux. Le terme d'humanisation désigne « l'acquisition de la Culture en soi (qui est autre chose que la culture eskimo ou la culture hottentote) chez l'enfant et la transformation qui d'un spécimen immature de *genus homo* (au sens zoologique) fait un être humain interviennent simultanément » (*ibid*.). Ainsi, par exemple, l'enfant qui apprend à parler devient humain et par ce biais, la culture actualise les potentialités de l'homme et celui qui apprend à parler sioux devient un Indien des plaines qui n'est qu'une actualisation spécifique de l'humain (*ibid*.).

À méconnaître ces distinctions fondamentales infantile/puéril et humanisation/ethnisation, l'on risque de ne pas saisir la complexité des niveaux en jeu dans l'étude de l'enfant, étude qui ne peut être dissociée de l'analyse des fantasmes que les adultes projettent sur l'enfant de manière individuelle, familiale ou plus sociale et de l'observation directe des enfants. Par ailleurs, Devereux a contribué à l'analyse du lien parents-enfants en cherchant à identifier les fantasmes qui les infiltraient et les « difficultés presque insurmontables de la communication entre enfants et adultes » (1965). Ces éléments sont essentiellement théoriques et même s'ils aboutissent à des

recommandations dans toute forme de psychiatrie, ils ne posent pas les bases cliniques du champ : comment intervenir, sur quoi… Le projet de Devereux à cette période était plutôt de constituer une « psychologie de l'enfant, libre de tout stéréotype, c'est-à-dire une science véritable qui nous permette d'élever des enfants capables d'édifier un monde meilleur que celui qu'ils tiennent de nous » (1970, p. 142). Ceci sera la base de travaux cliniques qui seront le fondement de l'approche clinique des enfants migrants.

Les études cliniques

Les premières prises en charge cliniques interculturelles et transculturelles sont plutôt à chercher en Afrique Noire, à Dakar (hôpital de Fann) dans les années soixante-dix.

L'équipe de Fann mena des travaux importants sur la question de l'enfant. Parmi l'ensemble des études dirigées par Collomb, deux séries de recherches me paraissent déterminantes pour la construction de l'ethnopsychiatrie clinique de l'enfant :

- tout d'abord les travaux sur le kwashiorkor qui ont donné lieu à des publications multiples dont un texte que nous analyserons plus précisément, celui de Collomb et Valentin (1974)*Le kwashiorkor, anorexie mentale de l'enfance*, texte méticuleux et rigoureux qui, à partir d'enquêtes psychosociales, oblige à penser le kwashiorkor en termes d'articulation défaillante entre le niveau individuel et le niveau culturel, dans un contexte en rapide transformation ;
- et le texte de Collomb (1974), *L'enfant qui part et qui revient* ou la mort du même enfant (*tjid : d a paxer*), texte fourmillant de riches annotations cliniques, précurseur de la démarche ethnopsychiatrique dans le champ des relations mère-enfant.

D'autres textes sont pour nous importants, mais nous les avons déjà analysés dans une étude antérieure (Moro, 1994, p. 68-73), ceux de Rabain (1979 ; 1985) et celui de Zempleni et Rabain (1965) sur *l'enfant Nit ku bon*, texte qui formalise de manière remarquable un tableau psychopathologique codé par la culture et habité par des problématiques individuelles et familiales et ses implications thérapeutiques.

Les travaux sur le *kwashiorkor*

Plusieurs publications ont été faites sur ce sujet par l'équipe de Collomb, entre autres celles de Collomb et coll. (1969) et celles de Collomb et Valentin (1974). Le kwashiorkor est considéré comme un syndrome de malnutrition grave et spécifique survenant par carence alimentaire aux alentours du sevrage. La question explorée par Collomb et son équipe pluridisciplinaire était alors la suivante : pourquoi chez des enfants présentant des états de carences protidiques assez semblables, un certain nombre seulement fera

un kwashiorkor ? Deux enquêtes vont alors être menées : la première, essentiellement quantitative, consistait à analyser les données sociodémographiques contenues dans plus de 1000 dossiers d'enfants hospitalisés. La seconde, qualitative, centrée sur les systèmes de représentations, consistait à étudier de manière approfondie les relations interpersonnelles dans les familles qui, selon le terme de Collomb et Valentin, « produisaient du kwashiorkor » (*ibid.*).

Résultats

Ces enquêtes vont aboutir à des résultats résumés ainsi par Collomb et Valentin (1974, p. 340-1) :

- le kwashiorkor est plus fréquent dans les agglomérations urbaines et rare dans les zones rurales où pourtant la malnutrition protéique est plus importante. Lorsqu'il apparaît en milieu rural, c'est dans un contexte d'appauvrissement familial associé à des contraintes économiques sévères qui disloquent le groupe (Collomb, 1974) ;
- le kwashiorkor apparaît rarement dans les groupes urbains ou suburbains fortement intégrés socialement ;
- les critères socio-économiques habituels n'expliquent pas la distribution de la maladie. Les familles d'enfants qui ont le kwashiorkor ne manquent pas de denrées alimentaires et n'ont pas un niveau économique inférieur ;
- le kwashiorkor augmente dans les populations qui prennent contact avec la vie urbaine. Il concerne essentiellement les premiers enfants de la fratrie utérine, premier et souvent deuxième et troisième enfant(s) ;
- les systèmes de représentations classiques des maladies jusque-là décrits n'intègrent pas le kwashiorkor. Il n'est pas attribué aux *Döm*, sorcier anthropophage qui dévore le *Fit* (force vitale de la personne), il n'est pas imputé aux *Rab*, Esprits des Ancêtres, ni encore aux *Djinné*, Esprits introduits par l'islam. Il est parfois associé dans la représentation à des maladies comme la rougeole ou la diarrhée. D'autres systèmes de représentation doivent donc être recherchés.

Interprétation

En conclusion de ces enquêtes, le kwashiorkor doit être considéré, selon ces auteurs, comme un indice du dysfonctionnement des nouvelles relations intrafamiliales conséquences de l'adaptation à la nouvelle vie urbaine. Les femmes sont isolées du réseau familial élargi porteur des modèles culturels traditionnels et se retrouvent loin des autres mères. Cette rupture dans la synchronie et la diachronie de la communauté laisse la mère désemparée et en relation duelle avec son enfant qui supporterait, alors, sa frustration, son angoisse et son agressivité (Collomb et coll., 1969 ; Collomb et Valentin, 1974). Le kwashiorkor est alors considéré comme un véritable sevrage affectif, secondaire à l'abandon par la mère de l'enfant lors de l'arrivée d'un deuxième, non compensé, comme le voulait l'usage dans la famille élargie,

par les mères de substitution. Plus précisément encore, il s'agirait d'enfants brutalement séparés d'une mère avec laquelle ils avaient une relation exclusive, étroite et difficile car non médiatisée par le contexte (Collomb, 1974). Ou encore, en utilisant une terminologie plus psychiatrique, on pouvait lire le kwashiorkor comme une anorexie mentale de l'enfance sur un fond de malnutrition chronique — cette anorexie mentale serait liée à une modification brutale des relations mère-enfant secondaire à la séparation du sevrage (*ibid.*). La démarche originale de ce travail consiste à explorer les représentations spécifiques sous-jacentes au tableau. Collomb et ses collaborateurs cherchent à mettre en évidence, à travers le discours des mères et de l'entourage, la manière dont elles se représentent ce qui arrive à l'enfant. La plupart des énoncés ou des inférences rendent compte d'une mauvaise articulation au niveau de la fratrie entre l'enfant malade et celui à venir :

- *le mauvais lait* : « L'enfant a bu le lait de la mère enceinte (…) c'est un mauvais lait car destiné à son frère dans le ventre de la mère. (…) il a bu le lait d'un autre » (Collomb, 1974). Collomb interprète ces énoncés culturels comme une agressivité de l'enfant envers la fratrie qui se retourne contre lui ;
- *laisser le sable* : au moment du sevrage, l'enfant doit cesser de manger du sable. Lait et sable sont considérés comme complémentaires pour la construction et le durcissement de l'enfant si bien que la géophagie est tolérée jusqu'au sevrage. Lorsqu'il devient autonome, il doit abandonner lait et sable et la mère redevient libre pour enfanter. Mais laisser le sable, c'est abandonner aussi son jumeau placentaire enterré dans le sable, ce qui constitue une période de vulnérabilité pour l'enfant (*ibid.*). Ne pas quitter le sable, c'est ne pas vouloir de frère, c'est se mettre en position de rivalité avec la fratrie et donc en danger ;
- « Votre mère est-elle enceinte, avez-vous attrapé le kwasioko ? » (Collomb et Valentin, 1974). Pour ces auteurs, l'étymologie renvoie à cette même dynamique du passage entre un enfant et l'autre. En langue ga (Ghana), lorsqu'un enfant arrive, celui qui le précède a le *kwasioko*, ce qui correspond à un état de jalousie à l'égard d'un rival qui veut partager sa nourriture, sa mère, etc.

En bref, l'on peut énoncer ainsi la pensée étiopathogénique de Collomb et de ses collaborateurs par rapport à l'organisation de la relation mère-enfant dans ce contexte :

- la mère récemment arrivée en ville vit seule ou presque toute cette période de la grossesse, de l'accouchement et du début de la vie de l'enfant. Cet isolement la contraint à établir avec lui une relation duelle qu'elle n'avait jamais expérimentée jusque-là ce qui entraîne une grande vulnérabilité maternelle et une agressivité à l'égard de l'enfant ;
- lors de l'arrivée du deuxième, on infère agressivité et jalousie chez le premier et on le laisse à distance, ce qui peut provoquer une carence affective si d'autres ne prennent pas le relais de la mère.

Ils concluent ainsi : « l'enfant supporte l'agressivité maternelle qui ne trouve pas sa forme. Le mythe collectif a absorbé le fantasme individuel mais ce processus n'est pas suffisant pour une liquidation de l'angoisse maternelle » (Collomb et Valentin, 1974, p. 345).

De cette première série de travaux menés par l'équipe de Collomb se dégagent des caractéristiques novatrices sur le plan épistémologique et clinique mais souvent plus timorées sur le plan thérapeutique. En effet, toutes les enquêtes menées à Dakar ont mis en évidence des liens entre les transformations de l'univers sociofamilial et culturel et la pathologie de l'enfant. Elles établissent avec précision des liens entre un événement de vie, la migration du village à la ville avec ses répercussions sur la famille et le développement de l'enfant. Cette migration, pourtant dans un même pays, s'accompagne d'une véritable transformation des modes de vie et des systèmes de représentations.

Ces auteurs mettent en branle une recherche de sens culturel prenant appui sur les systèmes protecteurs de la famille et de la lignée. Dans, un premier temps, ils constatent que la maladie de l'enfant n'est pas attribuée aux grandes entités décrites par les ethnologues : « elle n'est pas attribuée à une puissance maléfique extérieure mythique ou symbolique » (*ibid.*, p. 341). Selon la logique occidentale, ils recherchaient d'abord une équivalence stricte, à tel symptôme correspond telle catégorie traditionnelle. Dans un premier temps, ils sont également guidés par un principe de la psychiatrie transculturelle naissante qui voulait qu'en Afrique, la cause de la maladie et du malheur d'un individu soit systématiquement recherchée à l'extérieur de l'individu et du groupe, c'est-à-dire que les interprétations soient essentiellement « persécutives » (Ortigues et Ortigues, 1966, p. 235-96). Ils sont alors tentés de s'arrêter là : « elle [*la maladie*] n'est pas isolée dans une forme spécifique » (*ibid.*). Mais renonçant peu ou prou à une causalité linéaire typiquement occidentale et a des *a priori* ethnocentriques — c'est là l'aspect extrêmement novateur de cette démarche — ils aboutissent à la mise en évidence d'un système de représentations complexes incluant les lois culturelles (l'enfant et son double placentaire), le contexte (mère non portée par le groupe), les liens avec la fratrie (jalousie d'un enfant pour son frère), l'enfant et la mère (relation duelle mère-enfant vécue comme menaçante). Mais cette recherche de sens culturel de la part des médecins occidentaux ne s'accompagne pas de la construction de propositions thérapeutiques originales prenant en compte les résultats de l'exploration. Après une première étape descriptive, les auteurs aboutissent à des interprétations psychanalytiques posées comme universelles mais qui n'apparaissent pas pertinentes dans ce sens qu'elles ne peuvent être données à la mère sous quelle que forme que ce soit. Les stratégies culturelles pourtant reconnues et explicitées, par exemple celles contenues dans les manières de dire comme « Il a bu du mauvais lait », sont considérées exclusivement comme des

systèmes de défense mis en œuvre pour contrer l'angoisse maternelle. Elles ne sont pas explorées dans leur spécificité. Quand bien même l'hypothèse de l'agressivité, de l'angoisse et de la frustration maternelle retournées contre l'enfant serait vraie, ce qui n'est en aucun cas prouvé, que faire sur le plan thérapeutique avec de telles hypothèses qui ne sont valables que pour celui qui les formule.

L'enfant Tji : d a paxer

Un autre petit texte publié par Collomb en 1974, l'enfant *Tji : d a paxer* Serer, peut être considéré comme un texte fondateur de l'ethnopsychiatrie clinique de l'enfant[6] : « L'enfant qui part et qui revient ou la mort du même enfant ». La traduction littérale de *Tji : d a paxer* est « esprit mauvais » mais Collomb préféra « l'enfant qui part et qui revient », car cette expression correspond davantage à l'ensemble du tableau. Ce texte concerne les morts successives d'enfants en bas âge d'une même mère en pays Serer au Sénégal. Posant l'hypothèse qu'il s'agit du même enfant qui part et qui revient, les mères se résignent à la mort de l'enfant, elles perdent l'envie de les retenir et s'empêchent de les investir. La question posée par Collomb dans ce texte est essentiellement thérapeutique : comment permettre à la mère de retenir ses enfants ? L'interprétation individuelle est ici insuffisante car pour la mère, prime l'étiologie culturelle. L'hypothèse de Collomb pour pertinente qu'elle soit n'articule pas les deux niveaux culturel et inconscient. Son interprétation est la suivante : le modèle du *Tji : d a paxer* ne serait-il qu'une défense vis-à-vis de la problématique phallique de la mère ? Une telle formulation est-elle faisable et si oui, quelle efficacité en attendre ? En fait, le texte ne tire pas de conséquence thérapeutique et est même quelque que peu pessimiste : Fatou, la patiente de Collomb, a été hospitalisée avec son enfant et on l'a laissée repartir avec de « bons » conseils diététiques…

Ces textes différencient le plus souvent un niveau individuel (ou idiosyncrasique) et un niveau culturel articulés l'un à l'autre mais dont la nature des liens reste à explorer. Ils mettent en évidence l'importance des croyances autour de l'enfant, croyances qui ne sont « que la projection sur l'enfant de besoins éprouvés par l'adulte et nous renseignent (…) sur ce que l'adulte a besoin de croire au sujet de l'enfant » (Devereux, 1970, p. 147). Ces productions se situent à l'intersection entre le privé et le public, l'intime et le lointain. Ces travaux inscrivent les symptômes de l'enfant dans le vaste champ des systèmes de représentations culturelles propres à la famille. Ils tendent à montrer la nécessité de contextualiser les symptômes de l'enfant et la relation mère-enfant. Mais par quelles modalités de la pensée, par

6 Pour une analyse détaillée de ce cas, *cf.* Moro (1994, p. 73-6).

quelles modalités du dire ? Ils montrent, enfin, que les approches occidentales appliquées comme telles ont des limites. Par ailleurs, cette psychopathologie est quelque peu adultomorphique, elle laisse peu de place à l'émergence directe du matériel de l'enfant et à ses significations. L'ethnopsychiatrie de l'enfant à cette période manque encore de matériel direct et de suivis thérapeutiques. Apparaissent cependant des leviers thérapeutiques au sens de Devereux (1970), leviers qui doivent être étudiés plus précisément, les représentations de l'enfant.

Se représenter l'enfant

Décrivons quelques processus culturels actifs en psychothérapie transculturelle parents-enfants. L'analyse des thérapies parents-enfants en situation migratoire a montré que l'on peut définir des paramètres culturels fonctionnels, c'est-à-dire des processus qui génèrent du discours autour de l'enfant. Ces représentations sont de véritables supports d'*insight*. Nous en avons étudié trois de manière systématique : les matrices ontologiques, les théories étiologiques et les logiques du faire (Moro, 1994, p. 200-5).

Sa nature

Les matrices ontologiques désignent les représentations que les parents ont de l'enfant, de sa nature — ou plus précisément, comme le précisait Devereux, la nature de l'enfant telle que les adultes et les parents l'imaginent, le fantasment et donc le fabriquent — de son identité, de son origine, des modalités de son développement, de ses besoins et de ses liens avec la famille. Elles sous-tendent aussi tous les actes que les parents effectuent vis-à-vis de l'enfant. Ces représentations culturelles préexistent à l'enfant, elles constituent une sorte d'image qu'il va venir habiter. Nous avons proposé de l'appeler le *berceau culturel*. Elles déterminent la manière dont l'enfant est *investi* et donc *perçu* (selon l'expression de Lebovici). Elles influent sur la manière dont on entre en relation avec lui. Les logiques de cette théorie doivent être explorées en fonction des groupes. Elles sont nombreuses et variées. Elles existent pour tous les enfants. Pour certains enfants qui présentent des particularités, des enfants singuliers, on parle *d'enfant-ancêtre* porteur d'un message de l'ancêtre, *d'enfant génie*, d'enfant *lié au monde de la brousse*, d'enfant *dévoreur* de ses propres parents ou de ses frères et sœurs, *d'enfant parasite*, *d'enfant cannibale*, etc. autant de formes culturelles qui contiennent sans doute, on en reconnaît les méandres, des désirs infantiles refoulés des adultes mais pour autant, ils ne peuvent être interprétés comme tels ou seulement comme tels, c'est-à-dire comme des désirs inconscients individuels car ils n'appartiennent pas en propre aux parents ou à un individu mais à un groupe. L'individu puise dans un réservoir de représentations

ontologiques forgées avant lui et qu'il contribue à nourrir. Mais ce processus d'appropriation ne doit rien au hasard dans la mesure où le choix constitue l'intersection entre le collectif et le singulier.

Donner un sens au désordre

À partir de cette première matrice ontologique, se développent des théories étiologiques, des récits qui donnent « un sens à l'insensé » (Zempléni, 1985), énoncés qui rendent compte des dysfonctionnements biologiques, relationnels et même sociaux — les malheurs qui s'abattent sur la famille ou sur le groupe après la naissance de l'enfant par exemple, ce que les anthropologues nomment la séquence du malheur ou de l'infortune... Ces dires concernent le sens et non la cause selon la distinction proposée par Nathan. Ils peuvent très bien cohabiter avec la cause — cause et sens n'entretiennent pas de relation d'exclusion, elles peuvent se succéder, co-émerger, se substituer l'une à l'autre, se présupposer, etc. Ces théories étiologiques cherchent à donner un sens culturellement acceptable au désordre concernant l'enfant, la mère, les parents, la relation parents-enfants, etc. Elles sont, elles aussi, contenues dans un corpus constitué et structuré qui permet de déterminer des causalités et des sens culturellement représentables. Les procédures mises à l'œuvre dans cette recherche étiologique sont multiples. On citera à titre d'exemple des actes divinatoires, des inférences liées à des indices physiques ou psychiques particuliers de l'enfant, des réunions de l'ensemble du système familial où chacun va parler des liens qu'il a avec l'enfant et ses parents, etc. La recherche d'une causalité efficiente, c'est-à-dire celle qui produit des modifications, fait donc appel à des procédures techniques spécifiques qui sont pratiquées au cours de réunions, de consultations, de rituels, etc. Ces théories étiologiques s'incarnent dans des systèmes techniques tels que la sorcellerie, la possession, la transgression de tabous, l'oubli des ancêtres, etc.

Penser et agir

À partir de ces deux niveaux pourra être posé un acte thérapeutique par quelqu'un culturellement habilité à donner le sens : guérisseurs, matrones, hommes saints, etc. Ces actes thérapeutiques sont intimement liés à l'aire culturelle et à la religion parfois. Ce sont des cérémonies, des sacrifices, des offrandes, des danses, etc.

Le système de représentation de l'enfant s'inscrit donc dans l'ensemble des représentations qui assurent la cohérence du groupe. L'intersujectivité, le lien mère-enfant se nourrit de ces représentations, se structure à partir de ces images ou de ces actes sachant que ceci ne constitue qu'une matrice. L'autre pôle de structuration est constitué par l'histoire subjective de cet enfant pris dans un réseau de liens réels, affectifs et fantasmatiques qui le

relient à ses parents, ses frères, ses grands-parents et d'autres personnages signifiants de son histoire présente et de celle dans laquelle il s'inscrit. La logique culturelle est la forme, l'histoire individuelle le contenu. Mais parfois, la forme présuppose le contenu ou du moins rend ce contenu représentable, élaborable et transmissible.

Les représentations occidentales

De ce qui précède, on déduit que les représentations culturelles sont nécessaires et obligatoires pour structurer les interactions parents-enfant. Il y aurait une *universalité des représentations culturelles spécifiques*. Cette constatation pose immédiatement la question des représentations de l'enfant en intraculturel, c'est-à-dire dans notre société occidentale et ensuite de leur utilisation en psychothérapie intraculturelle. Ces représentations ont été un peu étudiées sous l'influence des anthropologues (Loux, 1978 ; 1981), des historiens (Ariès, 1973), des psychosociologues (Chombart de Lauwe, 1979), etc. Mais le plus souvent, les représentations occidentales actuelles de l'enfant sont négligées. En réalité, même lorsqu'elles ont été considérées comme de véritables objets d'étude, on en reste toujours au niveau descriptif et on les néglige en tant qu'éléments cliniques fonctionnels. À ces images véhiculées par les parents, par la société, il faut ajouter celles contenues dans les techniques de soins elles-mêmes. Ces représentations sont multiples : celles issues de la psychanalyse, celles issues des théories biologiques, comportementalistes, etc. On peut penser cependant, à la lueur des travaux ethnopsychiatriques, qu'en intraculturel, cliniciens et patients partagent à leur insu les mêmes représentations de l'enfant, au moins partiellement, et que ces représentations ne sont qu'une modalité parmi d'autres de pensée. Quelle que soit la nature de ces représentations, puisqu'elles appartiennent au savoir commun des partenaires, peut-être n'ont-elles pas besoin d'être explicitées pour être efficientes. Il n'en reste pas moins qu'elles méritent tout de même d'être étudiées et reconnues. D'autant que dans une société donnée, il existe toujours des groupes minoritaires, exclus ou marginalisés pour lesquels la construction d'une représentation commune de l'enfant est nécessaire. Sans ce préalable, toute psychothérapie est impossible, les deux partenaires ne parlent pas du même enfant et par conséquent, comment savoir ce dont il a besoin, ce dont il souffre…

Lebovici (1961) insistait sur l'importance de l'investissement de l'enfant qui précède sa perception par ses parents. À cet investissement d'abord fantasmatique et affectif de l'enfant, il faut ajouter la dimension culturelle qui va venir remanier cet investissement et lui donner une forme. Ces représentations culturelles sont liées à une société, à un moment de son histoire, quels remaniements subissent-elles lors d'événements majeurs comme la migration ?

L'événement migratoire

Il existe plusieurs types de migrations, des migrations intérieures, du village à la ville, des migrations extérieures, d'un pays à l'autre, d'un continent à l'autre, etc. Il y a aussi des ruptures violentes sans modifications de lieux comme celles liées à des événements traumatiques tels que la guerre, les catastrophes naturelles, etc. (Moro et Lebovici, 1995). Tout ceci est très hétérogène, nous nous limiterons ici à un seul type d'événement déjà en lui-même polymorphe, le voyage d'un pays à l'autre et l'exil. L'événement migratoire est ici considéré comme un acte psychique : par la rupture du cadre externe qu'elle implique, la migration entraîne par ricochet une rupture au niveau du cadre culturel intériorisé du patient étant donnée l'homologie entre la structuration culturelle et la structuration psychique (Devereux, 1970 ; Nathan, 1986). Le trauma migratoire est vécu directement par les parents et transmis aux enfants sous forme d'un récit idéalisé, souvent d'un récit tronqué, parfois encore sous l'apparence d'une nécessité alors qu'il s'agissait d'un choix et trop souvent, sous forme d'un non-dit douloureux voire destructeur. Le système de représentation de l'enfant s'inscrit dans l'ensemble des représentations qui assurent la cohérence du groupe. Que se passe-t-il alors dans la migration ?

Quelques données de la recherche

Avec les migrations et leurs conséquences quant à la transmission des techniques de maternage, se sont mis progressivement en place des travaux spécifiques sur les bébés de familles migrantes en France. L'on distinguera trois séries de travaux significatifs concernant le bébé.

Des bébés bien observés

Observations de Rabain et Wornham

Une première enquête, celle de Rabain et Wornham (1990), a analysé les transformations des pratiques de soins aux bébés de mères migrantes venant d'Afrique de l'Ouest. Parmi les 26 mères migrantes interviewées, approximativement 10 % étaient soninké, 8 % bambara, 3 % wolof, 3 % toucouleur, 3 % manding, et 1 % diola. La technique d'enquête consistait en des observations et des entretiens à domicile.

Les auteurs constatent d'emblée que la mère migrante est soumise à des exigences contradictoires qui peuvent rendre compte d'un certain nombre d'incertitudes et d'inquiétude : « la mère est mise dans une situation complexe d'avoir à intérioriser les valeurs de la société d'accueil en même temps qu'elle transmet les valeurs traditionnelles » (*ibid.*, p. 291). Parmi les femmes interrogées, 8 n'effectuent aucun massage traditionnel. Cependant parmi celles qui le pratiquent, les auteurs notent que le massage perd peu à

peu son caractère ritualisé, étant fait de plus en plus dans l'intimité et par la mère seule — traditionnellement, il est assuré par la mère, la belle-mère ou une femme de la famille plus âgée. Ils font l'hypothèse que ces jeunes femmes ont du mal à s'approprier une technique dont la mise en œuvre ne leur revient pas traditionnellement.

Toutes les femmes de l'étude portent le bébé au dos à la maison, même celles qui dehors utilisent le matériel de portage occidental (poussette, « kangourou », etc.). Quinze d'entre elles utilisent ces techniques occidentales de portage de manière occasionnelle ou systématique à l'extérieur. Porter le bébé au dos dans un lieu public peut être considéré comme dangereux car cela attire le regard des étrangers sur l'enfant et l'on craint le regard envieux (« mauvais œil »).

Les quantités de stimulations corporelles restent fortes et le temps d'exploration des objets faible. Par exemple, pour 3 enfants observés de façon plus précise, le temps de contact physique avec portage de l'enfant correspond à 90 % des échanges à 6 mois. L'on retrouve donc la richesse des stimulations motrices décrites dans la littérature anthropologique et observée, en partie, en situation migratoire pour celles qui gardent les techniques traditionnelles. Pour les autres, l'avance de la marche que l'on observe en Afrique — il n'est pas rare de voir un petit marcher vers l'âge de 8 mois — n'existe plus ou est moins importante en France.

À 6 mois, 69 % des femmes allaitent mais le biberon est donné en complément souvent et précocement. Le mode d'allaitement des mères africaines est différent des mères occidentales avec des tétées à la demande et devant toute manifestation du bébé. Les tétées sont plus courtes et plus fréquentes. Le biberon est cependant utilisé pour répondre aux inquiétudes de la mère par rapport à sa capacité de prendre soin du bébé sans l'aide du groupe. Il n'y a plus de délégation possible des soins du maternage et la mère se retrouve en relation duelle avec son bébé, ce qui modifie l'équilibre général des échanges et souvent cela l'inquiète. Elle préférerait être entourée d'autres femmes.

Comment se fait le partage entre la médecine occidentale et la médecine traditionnelle (à travers les informations transmises, les soins prodigués aux enfants par les parents, les voisins, les amis, les guérisseurs, etc.) ? Pour les modes de puériculture, les auteurs constatent — ce qui rejoint d'ailleurs notre propre expérience — « qu'il n'est guère que les connaissances concernant l'emploi du biberon qui soient reconnues comme acquises grâce à l'enseignement de la maternité ou de la PMI[7] » (*op. cit.*, p. 310). Tout le reste est transmis par les parents, les autres femmes de la même langue… quand

7 Protection maternelle et infantile.

ils sont présents autour de la famille sinon, c'est, bien souvent, le manque et l'incertitude.

Pour les soins, l'efficacité des hôpitaux et de la Protection maternelle et infantile est en général reconnue. Plusieurs attitudes peuvent se rencontrer par rapport aux pratiques thérapeutiques traditionnelles : une association possible des deux modalités — par exemple, les enfants prennent les médicaments et parallèlement, on leur prépare des décoctions de feuilles (*canicen* chez les Soninké) que l'on utilise en absorptions ou en lavages. D'autres fois, il y a une sélection des indications — pour un rhume, de la fièvre, de la diarrhée, on ira consulter un médecin, pour des pleurs répétés ou une agitation nocturne, l'on s'en remettra à la tradition car l'on infère la vision de *djinné* (esprits musulmans) ou de *dömm* (sorciers anthropophages chez les Wolof)… D'autres fois, on assiste à une association des schémas d'interprétation — la sorcellerie par exemple, schéma interprétatif traditionnel souvent évoqué, peut s'ajouter à une autre cause : « l'enfant peut, dit-on, attraper banalement une maladie comme la rougeole mais, s'il s'y ajoute l'action de personnes voulant du mal, la maladie sera plus forte » (*op. cit.*, p. 313). Le recours au voyage en Afrique pour « se soigner » n'est pas exclu quand la thérapeutique occidentale ne peut apporter des solutions satisfaisantes ou quand des interrogations subsistent sur l'origine de la maladie. Les auteurs citent enfin un travail de Payne qui montre l'importance des hospitalisations médicalement injustifiées chez les migrants en France. Outre les aspects sociaux, les auteurs proposent une autre hypothèse pour rendre compte de l'importance de ces hospitalisations : l'hôpital apparaît aux yeux des familles comme un équivalent de *communauté thérapeutique*. Le groupe est très important pour soigner.

Ainsi, l'adoption du système de soins occidental ne paraît pas modifier le système d'interprétation traditionnel de la maladie sous-jacent « qui fait d'elle l'expression d'un désordre atteignant le groupe familial tout entier » (Rabain et Wornham, 1990, p. 316).

Observations de Bril et Zack

Bril et Zack (1989) tentent de mettre en évidence les transformations des pratiques de maternage chez des femmes bambara immigrées en France à partir d'une série d'interviews des mères et d'une étude éthologique comparative (bébés de familles françaises et de familles maliennes vivant en France et au Mali). Ces chercheurs utilisent le concept de « niche développementale » de Super et Harkness (1986). Ce concept désigne les environnements successifs (humains et matériels) qui permettent les soins et les apprentissages adaptés à chaque enfant dans une culture donnée. Pour Super et Harkness, chaque culture façonne des méthodes qui permettront à l'enfant d'acquérir les compétences intellectuelles et sociales, le savoir, et les savoir-faire qu'elle valorise. La niche développementale serait la résultante de trois sous-systèmes qui interagissent entre eux : l'environnement

physique et social dans lequel vit l'enfant, les méthodes de puériculture et les représentations du développement qu'ont les adultes maternants. À partir de l'enregistrement de films vidéographiques, elles ont mené une première série de cinq observations chez des familles immigrées bambara de la région parisienne. Par rapport aux observations faites au Mali, elles mettent en évidence des différences : une structuration différente de l'espace — un espace rétréci et une absence de vie communautaire rendent la vie familiale et sociale des femmes immigrées difficile. La structure familiale nucléaire entraîne une solitude prononcée de la mère qui, par ailleurs, doit renoncer à ses activités économiques traditionnelles en milieu rural. L'apprentissage de la propreté à l'enfant se fait beaucoup plus tard. Au Mali, l'enfant doit être propre quand il marche, ici à l'entrée à l'école seulement. Le sevrage se fait vers 11 mois, donc de manière plus précoce qu'au Mali mais tardif pour le modèle français. Par ailleurs, tous les enfants font l'expérience du biberon.

Surtout, ces auteurs montrent que les représentations traditionnelles de l'enfant et de son développement sont mises à mal par la confrontation avec un personnel médico-social, souvent leurs seuls interlocuteurs, qui ignore ou pire, nie ces représentations et méconnaît le plus souvent la spécificité des modes de maternages des femmes migrantes. Tant et si bien que « ces jeunes femmes ont du mal à reconstituer seules des représentations de l'enfant qui puissent leur permettre d'effectuer une synthèse entre les deux systèmes de pensée » (*ibid.*, p. 37).

Observations de Stork

Avant d'analyser les travaux spécifiques de Stork (1986) sur la comparaison du maternage en France, en Inde et au Mali, il est nécessaire d'exposer, très succinctement, sa grande étude de psychologie transculturelle sur les pratiques de soins infantiles et les interactions entre la mère et son bébé dans le cadre de la famille élargie hindou en Inde du Sud. Sa démarche a été dictée par une préoccupation de prévention psychologique précoce. Travaillant, en effet, dans une banlieue parisienne, elle fut frappée par la morbidité importante de la petite enfance et par la massivité des troubles de l'adolescence qu'elle relia à un malaise des sociétés industrialisées et aux aléas de l'élevage des enfants dans ces sociétés modernes. Elle forma alors l'idée de comparer les pratiques de maternage dans différentes cultures. Elle rejoint en cela les préoccupations de Mead (1928 ; 1930) qui avait « attaqué » la société américaine et ses pratiques d'élevage au nom de la comparaison avec les données de son étude chez les Manus. Mead reprochait au système américain le manque de disponibilité paternelle pour l'enfant. Elle voulait montrer que certains modes d'élevage se trouvaient en porte-à-faux, non seulement par rapport aux buts sociaux recherchés, mais aussi et surtout, par rapport aux besoins des enfants. C'est plutôt cette dernière considération qui guide Stork.

Les observations de Stork sont sous-tendues par un postulat de base — trame de ses observations : « les conceptions que les adultes d'une société donnée se font du développement et de la santé du jeune enfant influent sur leur comportement et sur le type de soins qu'ils donnent à celui-ci. Les styles d'interactions ainsi déterminés, entre les adultes et les jeunes enfants, influent sur leur développement et leur socialisation » (1986, p. 14). En Inde du Sud, elle adopta une méthodologie « globale » étudiant le lien mère-enfant dans son contexte : étude des textes anciens, observation directe des interactions entre une mère et son bébé, enregistrement filmique des soins de la petite enfance.

Avec la même méthode de microanalyse, elle compare des scènes de toilette du bébé dans une famille traditionnelle française, dans une famille soninké vivant à Paris et dans une famille hindoue en Inde. Elle obtient deux différences principales : en France, les interactions mère-enfant sont plutôt distales, c'est-à-dire par l'intermédiaire de la voix et du regard, sans contact corporel direct. En Inde, elles sont plutôt proximales, par le toucher et les échanges corporels. De plus, la mère migrante soninké stimule son bébé en privilégiant massivement la manipulation de l'enfant, ce qui procure au bébé une imprégnation rythmique précoce. Elle note aussi la richesse des contacts tactiles et corporels pour les mères soninké et leurs bébés. Les mères soninké portent, massent, manipulent, stimulent leur bébé sur le plan psychomoteur, ce qui est d'une grande importance pour la structuration psychique de l'enfant.

Nos observations

Pour notre part, nous avons mené des études cliniques sur les mères et les bébés en situation transculturelle qui ont montré l'importance de la vulnérabilité dans cette période périnatale. Cette fragilité s'exprime aussi bien chez la mère que chez l'enfant : dépressions et psychoses du post-partum, dysharmonie des interactions mère-enfant, troubles fonctionnels du bébé tels que troubles du sommeil ou de l'alimentation (Moro, 1994 ; 1998). Nous avons montré l'efficacité des thérapies qui intègrent le niveau comportemental, affectif, fantasmatique et culturel des interactions mère-bébé et la nécessité de travailler sur le sens culturel et individuel du désordre.

Synthèse

De toutes ces approches, pour différentes qu'elles soient, nous en tirerons quelques points communs : l'importance des interactions tactiles et corporelles au détriment des interactions visuelles qui sont celles qui prédominent en Occident, le syncrétisme des pratiques de soins aux bébés, l'attitude pragmatique des parents face aux techniques de soins à leur disposition, celles d'ici et celles de leur pays d'origine (ils recherchent avant tout une efficacité), le désarroi de certaines mères migrantes confrontées à la solitude

et au doute (comment faire pour bien élever ses enfants toute seule) et l'importance du savoir culturel des parents pour protéger les bébés et prévenir les dysfonctionnements futurs.

De la maison à l'école

Pour les enfants d'âge scolaire, ce n'est que depuis une époque récente que de grandes études épidémiologiques sur l'enfant de migrants ont été entreprises. Les données chiffrées sont souvent difficiles à comparer car d'un auteur à l'autre, les catégories utilisées diffèrent (ethnie, nationalité des parents ou des enfants, inclusion ou non des Dom-Tom, etc.). En France, les principales études[8] aboutissent à des constatations convergentes :

- un taux d'hospitalisation significativement plus élevé que celui des enfants autochtones quel que soit le motif ;
- davantage de difficultés scolaires pour les enfants de migrants que pour les autres : des difficultés au niveau des apprentissages préscolaires et une pauvreté du langage — le retard de langage varie entre 3 mois et 1 an par rapport aux enfants français à l'entrée à la maternelle et surtout, ce retard s'accentue avec l'âge ;
- un échec scolaire très important : pour 1995–1996, alors que 2 % des élèves sont dans les classes spéciales de l'enfance inadaptée, il y a 5 % d'enfants étrangers dans ces classes. Quatre pour cent de l'ensemble des élèves sont dans des classes préprofessionnelles, alors que ce taux s'élève à 5,62 % pour les enfants étrangers. Près de 20 % d'élèves étrangers du second degré se trouvent chaque année dans les lycées professionnels ; au total, ce sont près de 50 % d'une génération d'enfants étrangers qui y seront scolarisés. On estime à 50 % le nombre de jeunes migrants de la « deuxième génération » qui sortent de l'école à 16 ans sans avoir acquis la lecture et l'écriture.

Mais quel est le rôle du niveau social défavorisé de ces familles migrantes dans la genèse des perturbations ? De multiples travaux ont établi des liens entre un niveau intellectuel médiocre mesuré par les tests, l'échec scolaire et le bas niveau social de la famille. Se pose alors l'hypothèse d'un lien entre ces deux facteurs appartenant au milieu : niveau social défavorisé et situation transculturelle. Dans l'état actuel de nos connaissances, ces deux variables se potentialisent sans que l'une soit réductible à l'autre.

Va-t-on à l'école pour la leçon ou pour la maîtresse ?

Les différences sociales ou culturelles se transforment en différences scolaires sur plusieurs points (Charlot, 2000, p. 26) : premièrement, pour un enfant, quel sens a le fait d'aller à l'école ? Deuxièmement, quel sens a le fait

8 Pour une revue de la littérature sur ce thème, *cf.*Moro (1998, édition 2000). Le lecteur trouvera là toutes les références bibliographiques des données contenues dans ce chapitre.

de travailler (ou de ne pas travailler) à l'école ? Troisièmement, quel sens a le fait d'apprendre et de comprendre, à l'école ou ailleurs ? Dans les études menées par Charlot apparaît une différence significative (*ibid.* : 26-7) : les élèves en difficultés disent qu'ils écoutent la maîtresse alors que les élèves en réussite disent qu'ils écoutent la leçon. Et Charlot de conclure « voilà un beau sujet de réflexion : va-t-on à l'école pour écouter la maîtresse ou pour écouter (aussi) la leçon ? » Cette question m'a laissée perplexe, je l'ai alors posé dans le cadre d'une recherche en cours à Bobigny sur les enfants de migrants qui réussissent bien à l'école et j'ai été frappé de voir sur mon petit échantillon (20 enfants qui réussissent très bien à l'école en Seine-Saint-Denis) que pour les enfants de migrants de mon étude même brillants ce résultat était à nuancer : certes les enfants s'intéressent à la leçon mais aussi à celle ou celui qui l'incarne. Ce premier résultat à confirmer tendrait à montrer que les enfants de migrants sont dépendants de cet aspect affectif et relationnel pour apprendre, ce qui augmente leur vulnérabilité et leur sensibilité aux caractéristiques relationnelles de l'enseignant. Cette caractéristique à approfondir est aussi à prendre en compte dans ces réussites labiles de certains enfants de migrants qui alors qu'on les croyait résistants à la difficulté voir résilients « se cassent » brutalement lors d'un changement de classe ou d'enseignant — c'est le mot employé par un enfant de l'étude citée qui entre le CE2 et le CM1 a complètement perdu ses capacités à faire et à s'adapter au système scolaire. Mais bien d'autres ingrédients participent de ces brisures qui prennent parfois l'allure de névroses de destinée ou d'échec : comment réussir en s'identifiant à un père disqualifié par l'exil par exemple ?

Des rapports au savoir multiples

L'école elle-même est structurée par un certain rapport au savoir, qui appartient au monde occidental et qui détermine les méthodes pédagogiques, les relations avec les élèves, celles avec les parents, etc. Ce rapport au savoir, il est, comme toute représentation culturelle, implicite et évident — chacun dans un groupe culturel et social donné le partage. Ce rapport au savoir est lié à la représentation de l'enfant, de sa nature, de ses besoins, de ses compétences. Que doit apprendre un enfant et comment peut-il le faire ? Les parents nomades, souvent très respectueux du savoir et de la science française transmis par l'école le plus souvent ne connaissent pas et parfois ne partagent pas ce rapport au savoir. Souvent, ils font l'hypothèse qu'ici à l'école, on fait autrement, et présupposent que c'est bien ainsi, et se tiennent à une distance respectueuse de l'école. D'où d'ailleurs ce sentiment de démission ou de non-investissement perçu par l'école alors qu'en réalité, il s'agit de *bienveillance passive* : cet espace ne m'appartient pas mais je considère qu'il est bon pour mon enfant. Ici encore, le rapport au savoir que l'enfant doit habiter pour pouvoir apprendre est celui de l'école française.

Mais ceci n'est possible de manière harmonieuse et sans effort surhumain pour l'enfant que s'il est guidé dans cette logique qu'il ne peut anticiper et si ce rapport au savoir n'invalide pas, ne disqualifie pas celui des parents, sinon, le prix à payer est trop grand. Certains enfants ne pourront pas le faire. Ils resteront suspendus sans pouvoir faire ce travail d'appropriation active nécessaire aux apprentissages : la dissociation entre l'affect (les attachements familiaux) et le cognitif (le fonctionnement intellectuel) sera alors trop grande. Pour bien apprendre, il faut pouvoir avoir une estime de soi suffisante et une bonne sécurité interne, autant d'ingrédients qui dépendent de nos attachements.

Pour préciser les difficultés des enfants de migrants quels qu'en soient les déterminants, nous avons mené une série de recherches (Moro, 1998). Elles ont montré les aléas de la structuration cognitivo-intellectuelle et affective de l'enfant en situation transculturelle. Pour ce qui concerne l'étude menée avec un échantillon de 45 enfants appartenant à deux groupes, un groupe d'enfants autochtones, un groupe d'enfants de migrants, il n'y avait pas de différence significative quant au niveau socio-économique des deux groupes. À 8 ans, on retrouvait : un niveau intellectuel global des enfants de migrants plus bas que celui des autochtones ; une moins bonne réussite à certaines épreuves de langage ; une moins bonne réussite à l'épreuve de structuration intellectuelle non verbale avec des difficultés logiques pour percevoir et différencier les contenants des contenus, à percevoir les formes, à intégrer la symétrie, à intégrer les différences et les similitudes formelles. Cette étude montrait que l'évolution des deux groupes de la cohorte était différente : à l'âge de 8 ans, les enfants de migrants avaient plus de troubles psychopathologiques, plus de difficultés intellectuelles et cognitives et enfin, plus de difficultés scolaires que les autochtones. À l'intérieur même du groupe d'enfants indemnes de toute pathologie, les différences subsistaient en ce qui concerne l'évaluation intellectuelle, langagière et scolaire. Ainsi, pour notre population, la structuration tant affective qu'intellectuelle était compromise en situation transculturelle.

Ces études ont établi des liens entre « la vulnérabilité psychologique » et le fait d'être « enfants de migrants ». Mais la nature des liens et les mécanismes d'une éventuelle causalité restaient à établir — qui dit lien ne dit pas forcément causalité ! À partir de ces études et de la pratique, on peut proposer plusieurs mécanismes pour rendre compte de ces faits.

Vulnérabilité du développement de l'enfant

Les enfants de migrants sont vulnérables, ils appartiennent à un groupe à risque. Des travaux cités, on en conclut que le premier moment de vulnérabilité de ces enfants est celui de la phase postnatale où le bébé et sa mère doivent s'adapter l'un à l'autre. La deuxième période critique se situe au

moment des grands apprentissages scolaires que sont le calcul, la lecture et l'écriture, moment d'inscription de l'enfant dans la société d'accueil. La troisième période vulnérable est indéniablement l'adolescence où se repose la question de la filiation et des appartenances.

La vulnérabilité psychologique est un concept développé par le pédopsychiatre américain Anthony dès 1978. Mais les précurseurs sont nombreux : M. Mahler, A. Freud… « On ne peut expliquer la vulnérabilité par les caractéristiques individuelles de l'enfant, mais il faut la comprendre en termes plus généraux et impersonnels. Je considère maintenant que le progrès de l'enfant le long des lignes de développement vers la maturité dépend de l'interaction de nombre d'influences extérieures favorables avec des dons innés favorables et une évolution favorable des structures internes » (Freud, 1978). La vulnérabilité est donc une notion dynamique ; elle affecte un processus en développement. Le fonctionnement psychique de l'enfant vulnérable est tel qu'une variation minime, interne ou externe, entraîne un dysfonctionnement important, une souffrance souvent tragique, un arrêt, une inhibition ou un développement *a minima* de son potentiel. En d'autres termes, l'enfant vulnérable est celui qui a « une moindre résistance aux nuisances et aux agressions » (Tomkiewicz et Manciaux, 1987). En génétique, l'expressivité d'un gène ou d'un ensemble de gènes peut être totale, partielle ou absente, il en est de même pour l'expression de ce point de fragilisation. Dans le devenir de ces enfants, il faut tenir compte de leur résistance, du jeu des possibles.

Présenter le monde

Pour comprendre la genèse de cette vulnérabilité, reprenons le parcours à partir des interactions précoces mère-enfant. La mère accouche seule dans un monde étranger avec tout ce que cela comporte de risques et d'incertitude. Elle devra s'ajuster à son bébé et apprendre à être mère sans l'aide de ses commères contrairement à l'usage dans les sociétés traditionnelles où le groupe accompagne tous les moments initiatiques comme le sont la grossesse et la naissance de l'enfant. Dans ces premiers échanges, le bébé va être imprégné des manières de faire que la mère a amenées avec elle : une langue, des manières d'être et de faire, un rapport au monde, des techniques de soins, etc. Au cours de cette période, la mère est confrontée à des tâches contradictoires : protéger l'enfant, l'investir, l'aimer à sa façon mais aussi le préparer à la rencontre avec le monde du dehors dont elle ne connaît pas forcément les logiques. Reprenons les notions classiques de Winnicott qui distingue trois séries d'actes dans les soins que la mère où le substitut maternel prodigue à l'enfant (Moro et Nathan, 1989 ; 1995) :

- *le holding* : la mère tient l'enfant, elle lui assure un contenant corporel grâce à son propre corps, elle place le corps de l'enfant dans l'espace ; elle le maintient ;

- *le handling* : la mère donne des soins à l'enfant, le manipule, lui procure des sensations tactiles, corporelles, auditives, visuelles ;
- *l'object-presenting* ou mode de présentation de l'objet : l'enfant a accès aux objets simples, puis aux objets de plus en plus complexes et enfin au monde dans toutes ses dimensions à travers sa mère : « Je pense que nous ne grandissons ainsi que si chacun d'entre nous a eu, au commencement, une mère capable de lui faire découvrir le monde à petite dose (…) La mère partage avec son petit enfant un morceau à part du monde, le gardant suffisamment petit pour que l'enfant ne soit pas dans la confusion, l'agrandissant très progressivement afin de satisfaire la capacité grandissante de l'enfant à jouir du monde » (Winnicott, 1957, p. 75).

Analysons plus avant la fonction que nous avons appelée « présentation du monde » (Moro et Nathan, 1989). La mère appréhende le monde selon des catégories déterminées par sa culture. Son expérience du réel est « fractionnée » et « limitée » par ses outils culturels. Ce qu'elle perçoit du monde à travers cette matrice de lecture, ce ne sont pas les objets en soi, mais l'interaction de ce système de lecture structuré par la culture avec les objets externes. Ce codage culturel est transmis de génération en génération. C'est à ce niveau, et d'abord sur le versant externe, que la migration introduit une rupture brutale : les référentiels ne sont plus les mêmes, les catégories utilisées non plus, tous les repères vacillent (*ibid.*). Les conséquences au niveau de la mère sont de deux ordres : elle perd l'assurance qu'elle avait acquise dans la stabilité du cadre externe, le monde extérieur n'est plus sûr, et un certain degré de confusion s'installe dans sa manière de percevoir le monde. Ainsi va-t-elle transmettre potentiellement à l'enfant cette perception kaléidoscopique du monde qui peut être génératrice d'angoisse et d'insécurité. La réalité de l'enfant se construit à partir de l'enveloppe externe fabriquée par la mère à travers les premières relations mère-enfant. Cette enveloppe est constituée d'une série d'actes opératoires (techniques de soins), d'actes corporels et sensoriels (interactions mère-enfant), d'actes de langage (la mère dit à l'enfant : « Je te perçois comme cela »…), d'actes psychiques (représentations maternelles de l'enfant, représentation réflexive de la mère lorsqu'elle était elle-même enfant…) (*ibid.*).

Ces éléments rendent compte de la vulnérabilité du bébé. Que se passe-t-il lorsque l'enfant grandit ?

Penser le monde

Ainsi ces enfants vont grandir relativement protégés dans ce monde maternel. Puis viennent le monde extérieur et l'école. Les parents migrants ont du mal, parfois, à apprendre à leurs enfants « le monde à petite dose ». Par conséquent, ces enfants rencontrent quotidiennement ce monde extérieur de manière traumatique. C'est dans ce contexte que l'enfant grandit et est amené à se séparer du milieu familial (monde du dedans) pour s'inscrire

dans le milieu scolaire (monde du dehors et de l'étranger). Cela se passe d'une manière parfois brutale car l'enfant est trop protégé dedans et pas assez préparé pour aller dehors. Ceci est constaté aussi pour les enfants de familles qui vivent de grandes difficultés sociales et qui, par conséquent, sont exclues en grande partie des systèmes de partage de sens collectif et privées de possibilités d'anticipation d'un monde mal adapté. Ces enfants se confrontent au monde extérieur sans anticipation préalable. L'entrée à l'école ou, plus souvent, le début des grands apprentissages, qui constitue le véritable commencement, est alors potentiellement traumatique. Pour des raisons un peu différentes mais tout aussi tragiques et sachant que les enfants de migrants souvent cumulent difficultés sociales et différence culturelle, le dehors est vécu sur un mode excluant. Trouver ma place dehors, garder celle qui me revient à l'intérieur, les deux ne peuvent coexister dans ma représentation, dans celle de mes parents. L'école est le second temps de la nécessaire prévention, avant que l'échec scolaire précoce et massif s'installe, irréversible, tragique et révoltant. Par l'écriture et la lecture, ils vont s'inscrire dans les logiques du monde français. Certains vivent ce moment comme un choix nécessaire mais impossible entre deux mondes. Alors, ils suspendent leur parole, leur pensée, leur être-même. Ils cachent leur potentiel créateur sous le masque de l'inhibition, des troubles du comportement, du désintérêt, etc. Quel gâchis ! Ce moment est, en effet, essentiel car il détermine de façon quasi irréversible la place de l'enfant à l'extérieur. Or, l'on sait, par exemple, combien d'enfants de migrants sont très tôt exclus du système scolaire, ce qui hypothèque tout leur avenir.

Sur le plan cognitif, Gibello (1988) a établi un lien d'une autre nature entre la situation transculturelle et les troubles du développement cognitif en proposant l'hypothèse des « contenants culturels ». Ces derniers sont véhiculés implicitement par la culture et partagés par tous les membres d'un même groupe. Ils participent du bon fonctionnement des processus de pensée et de la communicabilité des contenus de pensée à l'intérieur d'un groupe : « la tradition amène les membres d'une même culture à donner un double sens à leurs perceptions : un sens banal et un sens culturel » (*ibid.*, p. 86). Or lorsqu'on passe d'une culture à une autre, les contenants culturels implicites changent et, même s'ils arrivent avec le temps à être perçus, ils ne sont pas intériorisés. En situation transculturelle, des éléments implicites doivent être explicitement appris par l'enfant, ils ne sont pas donnés dans le berceau de l'enfant ! À lui de les apprendre, seul ou en se trouvant un guide. « On ne sera pas étonné que la transformation des contenants culturels s'accompagne de troubles divers de la fonction générale de "symbolisation", de même que des apprentissages cognitifs, scolaires, sociaux et culturels » (*ibid.*, p. 87).

Quelles que soient les difficultés à investir ce monde extérieur, les enfants, parfois très tôt, vont en savoir davantage sur lui que leurs propres

parents, ce qui les met dans une position paradoxale qui ne respecte pas l'ordre des générations ou qui le bouscule avec parfois une véritable *inversion des générations* comme nous l'avons décrite avec d'autres (Moro et Nathan, 1989). Comme si ces enfants se suffisaient à eux-mêmes. Ce processus est toujours défensif, il importe donc de ne pas se laisser prendre par l'illusion de leur indépendance. Ces enfants, comme les autres, ont besoin de leurs attaches parentales et affectives. Mais cette inversion est aussi source de force pour l'enfant à condition de la prendre pour ce qu'elle est, une fiction qui accompagne l'enfant dans cette situation de métissage.

L'enfant exposé

Pour comprendre les aléas de cette inscription dans le monde externe, Nathan (1986) a inféré l'existence d'une « structuration culturelle » — ce processus est indispensable pour rendre compte de la genèse de la culture intériorisée par l'enfant. Ainsi l'enfant acquiert, de façon concomitante, sa structuration psychique — le « Je » — et sa structuration culturelle qui est pour moi non pas — « Je suis Bambara » mais « Je suis fils de Bambara », ce qui suppose une certaine distance par rapport à la structuration culturelle des parents. Ces deux structurations sont dépendantes l'une de l'autre. Le lien qui relie la série psychique et culturelle se met en place dans l'enfance, mais il est maintenu vivant et fonctionnel tout au long de l'existence grâce à l'homéostasie résultant des échanges permanents entre l'individu et son environnement culturel (Moro et Nathan, 1995). Ces deux structurations se présupposent mutuellement et sont liées l'une à l'autre, que l'une soit difficile et l'autre sera complexifiée et vice-versa. D'où l'importance d'une lecture non pas culturaliste mais complémentariste : psychologique et culturelle avec une analyse obligatoire des interactions entre ces deux niveaux — la complexité du vivant.

L'enfant de migrants qui grandit en situation transculturelle acquiert par conséquent une structuration culturelle construite sur un *clivage*, c'est-à-dire une séparation entre deux mondes de nature différente et qui entretiennent parfois des relations conflictuelles. Cette structuration est forcément incertaine et fragile car non homogène. Pour grandir en effet, l'enfant de migrants doit construire patiemment un nécessaire clivage entre le monde lié à la culture familiale — le monde de l'affectivité — et le monde du dehors, de l'école par exemple — monde de la rationalité et du pragmatisme. Cette quasi-obligation du « clivage du moi » des enfants de migrants s'accompagne de processus de déni auxquels ils sont constamment contraints de recourir. Et quels sont les objets sur lesquels porte le déni ? Des travaux antérieurs ont montré que le principal objet du déni est la filiation et que ce déni est partagé par la famille (Moro et Nathan, 1989). En effet, l'enfant de migrants est perçu comme un étranger au sein de sa famille. Intervien-

nent alors toujours des fantasmes, des représentations issues de mythes ou de légendes pour rendre compte de cette étrangeté (Nathan, 1988). S'il ne ressemble ni à son père ni à sa mère, s'il manifeste une telle connaissance de ce monde du dehors qui semble si complexe aux parents, c'est qu'il est la réincarnation d'un ancêtre, le don d'un génie, d'une divinité de la terre (*ibid*.)… ou encore, il a été blanchi par les *Blancs*, transformé par cette société que je connais si mal… J'ai, quant à moi, proposé le concept *d'enfant exposé* pour penser cette vulnérabilité[9]. Comme ces héros de la mythologie que l'on expose à un risque vital, Persée, Œdipe, Moïse, les enfants de migrants sont exposés au risque transculturel (celui du passage d'un univers à l'autre). Mais s'ils le maîtrisent et si nous, cliniciens, nous les aidons à construire des liens entre ces mondes, ces enfants, comme dans la mythologie, en acquièrent des qualités singulières. Cette situation potentialise alors leur créativité, comme tous ceux qui ont surmonté des risques, comme tous les métis aussi.

La structuration culturelle et la structuration psychique des enfants métisses sont donc construites sur un clivage et sur un conflit dans un contexte d'instabilité et de multiplicité. Ces mécanismes de clivage et de conflit doivent, dès lors, être considérés comme des déterminants de la vulnérabilité des enfants de migrants.

Face à cette situation de métissage, comme devant tout autre événement qui intervient dans le processus de développement de l'enfant, quatre facteurs sont à considérer. Le premier est la *vulnérabilité* (ou l'invulnérabilité) que nous avons déjà définie et qui représente les capacités de défenses passives de l'enfant ou de l'adolescent — la vulnérabilité est secondaire aux événements de vie et aux facteurs de risque. Mais il ne faut pas oublier les trois autres que sont la *compétence* qui représente les capacités d'*adaptation* active du nourrisson, de l'enfant, à son environnement, la *résilience* qui décrit les facteurs internes ou environnementaux de protection (Cyrulnik, 1999) et la *créativité* qui rend compte de la potentialité qu'ont certains enfants d'inventer de nouvelles formes de vie à partir de l'altérité ou du trauma[10].

Ainsi, *in fine*, les enfants de migrants, véritables enfants métisses, sont en avance sur les autres pour peu qu'ils trouvent dans leur développement des facteurs internes ou externes qui leur permettent cette nouvelle créativité qui est à inventer avec eux et avec leurs parents. Ils nous contraignent à penser les processus identitaires de manière complexe (Bouche-Florin et coll., 2007 ; Skandrani et coll., 2008) et nous libèrent d'une conception statique et figée de l'identité. Les enfants de migrants sont des « bricoleurs » et des « improvisateurs » en termes de construction identitaire, et le récit a

9 Pour une analyse approfondie de ce concept, *cf*. Moro (1989). Le numéro 12 de la *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* a été consacré à ce thème.

10 *Cf*. chapitre 10.

cette vertu de remettre tous ces éléments en mouvement et en relation afin d'en faire une trame.

Qu'en est-il du côté des parents ?

Construction de la parentalité en exil

Les parents migrants, ceux qui ont fait le voyage, acceptent souvent (mais ont-ils le choix ?) la place « d'un immigré en voie d'intégration ». Ils l'acceptent parce qu'ils sont dans un processus d'acculturation qui leur fait espérer que leurs enfants seront inscrits dans cet autre monde et qu'ils récolteront les fruits de leur « sacrifice ». Mais voilà, le prix de l'acculturation est bien lourd, c'est parfois celui de l'effacement de l'identité. Leurs enfants, eux, ne sont plus dans cette dynamique de voyage. Le défi se modifie. Le voyage est déjà là, c'est une donnée de leur existence, que ce voyage et l'avant aient été racontés ou pas. Ils cherchent alors une autre voie, celle qui leur revient, la voie du métissage ! Voilà donc le véritable enjeu de la migration, enjeu qui se répète depuis la nuit des temps. S'inscrire dans le monde d'ici, en s'appuyant sur le monde d'origine de ses parents, aboutit à un brassage dynamique, des femmes et des hommes, des pensées, des devenirs. Qui dit métissage dit, certes, que toutes les formes sont possibles, comme en génétique, plus près d'un des mondes, plus près de l'autre, au milieu… dans une configuration mouvante et parfois changeante en fonction des exigences internes et du moment de sa vie. La seconde donnée est celle de leurs appartenances multiples que nous avons définies comme le métissage. Ces enfants singuliers oscillent alors entre deux pôles plus ou moins identifiés : celui de la mémoire et celui du désir — mémoire parfois conflictuelle, parfois traduite en actes de fondation et toujours désir de commencement ou de recommencement.

Des femmes et des hommes nomades

Les marques de l'exil sont à la fois collectives — elles se traduisent dans la société et le lien social - et profondément intimes et singulières — elles prennent alors la forme de richesses spécifiques, de différences plus ou moins assumées, de nostalgies voire de douleurs individuelles ou familiales, de difficultés à dire, à transmettre, à garder une certaine estime de soi. Nous partirons de l'intime, du singulier, du quotidien — l'exil dénude, il fragilise les êtres mais aussi, il les rend sensibles et créatifs, tout dépend du regard que l'on porte sur leur différence. Accepter le monde de l'autre, le faire sien et le rendre créateur de sens et d'avenir aux yeux de l'écolier, du justiciable, du patient, du citoyen, tel est un enjeu de notre travail.

À la mal nommée « première » génération, l'enjeu du récit est de taille — on dit première comme s'ils s'étaient auto-engendrés, comme s'ils ne s'ins-

crivaient, comme tout à chacun, dans une succession de générations. Parler donc même si les mots dans la langue seconde, celle du dehors, mais aussi, le plus souvent, celle de la communication avec les enfants lorsqu'ils ne sont pas bilingues, ne vous appartiennent pas encore, s'ils ne vous sont pas donnés comme une évidence. Parler même si la précision, la nuance, l'exactitude, le voyage des implicites vous sont interdits dans cette langue, brute, un peu froide. Alors agir, dire sans mot, sans ponctuation, de manière directe, sans le droit à la nuance par trop complexe : survivre et créer. Dire l'amertume de l'exil et la vague culpabilité qui s'y associe. Quand le doute vous assaille, quand la douleur vous tient et vous contraint à vous souvenir, trouver les moyens pour que ce récit se fasse, et transmettre quand même.

Inventer de nouvelles formes de transmission

Au cœur de notre question se trouvent la transmission et les différentes formes qu'elle doit prendre dans cette situation migratoire mouvante et aux références multiples. Or, ce qui se joue alors dans l'inscription de ces enfants dans leur nouveau monde, c'est la question de l'identité transmise. L'aporie de l'identité ne peut être résolue que par la mise en intrigue, la création d'une historicité qui conjugue concordances et discordances sur un mode d'intelligibilité narrative (Ricoeur, 1965). Raconter pour transmettre, pour s'enraciner. Pourtant, la vie ébréchée, par trop d'événements ou par trop de solitude, échoue parfois à se raconter elle-même, d'où la nécessité d'être attentifs aux possibilités même de récit, pour que la vie soit transmise malgré tout, qu'elle ne se fige pas avec ses cryptes, ses non-sens. Car si dire et transmettre ne sont pas des mécanismes superposables surtout lorsqu'un événement traumatique vient figer le souvenir, la parole, l'affect même, il importe cependant de créer les conditions de la reconnaissance de l'identité, de la singularité et de la liberté de chacun, pour que la transmission interne soit possible — transmission entre les générations. De la qualité de cette transmission interne, transmission de l'intimité, de la sensorialité, dépendra en partie le devenir de la transmission externe, celle effectuée par les institutions de la société d'accueil : l'école en tout premier lieu mais aussi la justice, la médecine, les médias, etc. D'où cette constante intrication que nous analyserons entre *filiation* — transmission à l'intérieur de la famille dans un axe vertical conscient et inconscient — et *affiliation* — transmission interne à la famille et transmission externe assurée par les groupes d'appartenances traversés aux différents âges de la vie. En situation intraculturelle, situation qui deviendra de moins en moins fréquente dans notre monde en changement continuel, les processus de filiation et d'affiliation ont sans doute plus de concordances que de discordances, en règle générale. Qu'est-ce qu'être un fils, une fille, une mère, un père dans cette famille-là… ? Comment y parvient-on en assumant la différence des sexes

et des générations et en inscrivant, de manière acceptable socialement, le destin de ses désirs ? Certes, il faut dire en général, car il existe nombre de cas singuliers où des difficultés de transmission, de filiation, des énigmes ou des secrets familiaux sont tels que les discordances entre dedans et dehors sont également très importantes. D'ailleurs, ceci existe aussi dans les familles migrantes, ce qui augmente encore le hiatus entre dedans et dehors, entre ce qui est énoncé et transmis, entre ce qui est mis en avant et ce qui est caché, nié, dénié (Moro, 2007). Cette dialectique entre filiation et affiliation pose la question des liens entre clinique et culture.

Bibliographie

Ariès P. L'enfant et sa vie familiale sous l'ancien régime. Paris : Le Seuil ; 1973.

Bouche-Florin L, Skandrani SM, Moro MR. La construction identitaire chez l'adolescent de parents migrants. Analyse croisée du processus identitaire. Santé Ment Que 2007 ; 32 (1) : 213–27.

Bril B, Zack M. Du maternage à la puériculture. Informations Sociales 1989 ; 5 : 30–40.

Charlot B. Le rapport au savoir en milieu populaire : « apprendre à l'école » et « apprendre dans la vie ». In : Bentolila A. L'école face à la différence. Les entretiens Nathan, Actes X. Paris : Nathan ; 2000. p. 23–29.

Chombart de Lauwe MJ. Un monde autre : l'enfance. Paris : Payot ; 1979.

Collomb H. (1974) L'enfant qui part et qui revient ou la mort du même enfant. In : Anthony J, Koupernik C. L'enfant dans la famille. Paris : PUF ; 1980. p. 354–62.

Collomb H, Valentin S. (1974) Le Kwashiorkor, anorexie mentale de l'enfance. In : Anthony EJ, Chiland C, Koupernik C. L'enfant à haut risque psychiatrique. Paris : PUF ; 1980. p. 339–46.

Collomb H, Valentin S, Mattei JF et al. Circonstances d'apparition des Kwashiorkor hospitalisés dans le service de pédiatrie de l'hôpital universitaire de Dakar. Bulletin de la Société Médiale d'Afrique Noire de Langue Française 1969 ; 14 (4).

Cyrulnik B. Un merveilleux malheur. Paris : Odile Jacob ; 1999.

Devereux G. (1939) Une théorie sociologique de la schizophrénie. In : Essais d'ethnopsychiatrie générale. Paris : Gallimard ; 1970.

Devereux G. (1964) La délinquance sexuelle des jeunes filles dans une société « puritaine ». In : Essais d'ethnopsychiatrie générale. Paris : Gallimard ; 1970.

Devereux G. (1965) Les pulsions cannibaliques des parents. In : Essais d'ethnopsychiatrie générale. Paris : Gallimard ; 1970.

Devereux G. L'image de l'enfant dans deux tribus : Mohave et Sedang. Revue de Neuropsychiatrie Infantile et d'Hygiène Mentale de l'Enfant 1968; 1968 ; 16 (4) : 375–90 (Republié in Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie 1985 ; 4 : 109–20).

Devereux G. (1970) Essais d"ethnopsychiatrie générale. Paris : Gallimard ; 1983.

Freud A. (1978) Avant-propos. In : Anthony EJ, Chiland C, Koupernik C. (1978) L'enfant dans sa famille, l'enfant vulnérable. Paris : PUF ; 1982. p. 13–4.

Gibello B. Contenants de pensée, contenants culturels. La dimension créative de l'échec scolaire. In : Yahyaoui A. Troubles du langage et de la filiation chez le Maghrébin de la deuxième génération. Grenoble : La pensée sauvage ; 1988. p. 140–52.

Lebovici S. L'objet est investi avant d'être perçu. Psychiatrie de l'Enfant 1961 ; 3 (1).

Loux F. L'ogre et la dent : pratiques et savoirs populaires relatifs aux dents. Paris : Berger-Levrault ; 1981.

Loux F. Le jeune enfant et son corps dans la médecine traditionnelle. Flammarion : Paris ; 1978.

Mead M. (1928) Moeurs et sexualité en Océanie (trad. fr.). Paris : Plon ; 1963.

Mead M. (1930) Une éducation en Nouvelle-Guinée (trad. fr.). Paris : Payot ; 1973.

Moro MR. (1994) Parents en exil. Psychopathologie et migrations. Paris : PUF ; 2001.

Moro MR. Psychopathologie transculturelle des enfants de migrants. Paris : Dunod ; 1998 1998. (2e édition 2000 sous le titre Psychothérapie transculturelle des enfants et des adolescents.).

Moro MR. Aimer ses enfants ici et ailleurs. Histoires transculturelles. Paris : Odile Jacob ; 2007.

Moro MR. D'où viennent ces enfants si étranges ? Logiques de l'exposition dans la psychopathologie des enfants de migrants. Nouv Rev Ethnopsychiatrie 1989 ; 12 : 69–84.

Moro MR, Lebovici S. Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie. Paris : PUF ; 1995.

Moro MR, Nathan T. Le bébé migrateur. Spécificités et psychopathologie des interactions précoces en situation migratoire. In : Lebovici S, Weil-Halpern F. Psychopathologie du bébé. Paris : PUF ; 1989. p. 683–722.

Moro MR, Nathan T. Psychiatrie transculturelle de l'enfant. In : Lebovici S, Diatkine R, Soulé M. Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (4 vol.) Tome I. Paris : PUF ; 1995. p. 423–61.

Nathan T. La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique. Paris : Dunod ; 1986.

Nathan T. Migration et rupture de la filiation. In : Yahyaoui A. Troubles du langage et de la filiation chez le Maghrébin de la deuxième génération. Grenoble : La Pensée Sauvage ; 1988.

Ortigues MC, Ortigues E. (1966) Œdipe africain. Paris : L'Harmattan ; 1973.

Rabain J. L'enfant du lignage. Du sevrage à l'integration à la classe d'âge chez les Wolof du Sénégal. Paris : Payot ; 1979.

Rabain J. L'enfant Nit Ku Bon au sevrage. Histoire de Thilao. Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie 1985 ; 4 : 43–58.

Rabain-Jamin J, Wornham W. Transformations des conduites de maternage et des pratiques de soin chez les femmes migrantes originaires d'Afrique de l'Ouest. Psychiatrie de l'Enfant 1990 ; 33 (1) : 287–319.

Ricoeur P. De l'interprétation. Essai sur Freud. Paris : Seuil ; 1965.

Skandrani S, Le Toumelin P, Taïeb O et al. Facteurs associés aux tentatives de suicide des adolescents d'origine maghrébine en France. Annales Médico-Psychologiques 2008 ; 166 (6) : 173–80.

Stork H. Enfances indiennes. Étude de psychologie transculturelle et comparée du jeune enfant. Paris : Paidos/Le Centurion ; 1986.

Super CM, Harkness S. The developmental niche : a conceptualization of the interface of child et culture. Int J Behavior Dev 1986 ; 9 : 545–69.

Tomkiewicz S, Manciaux M. La vulnérabilité. In : Manciaux M, Lebovici S, Jeanneret O et al. L'Enfant et sa santé. Aspects épidémiologiques, biologiques, psychologiques et sociaux. Paris : Doin ; 1987. p. 737–42.

Winnicott DW. (1957) Le monde à petite dose. In : L'enfant et sa famille. Paris : Payot ; 1979.

Zempléni A. La « maladie » et ses « causes ». Introduction. L'Ethnographie 1985 ; 81 (2–3) : 13–44.

Zempléni A, Rabain J. L'enfant Nit Ku Bon. Un tableau psychopathologique traditionnel chez les Wolof et les Lebou du Sénégal. Psychopathologie Africaine 1965 ; 1 (3) : 329–441.

II

Évaluations et soins

6 L'évaluation clinique en situation transculturelle

Thierry Baubet

La question du diagnostic est centrale en psychiatrie comme en médecine, puisqu'elle concerne la manière dont les cliniciens pensent, observent, agissent, et communiquent entre eux. Cependant, le terme de diagnostic recouvre des significations différentes, qui vont de l'identification d'une maladie, à la tentative de décrire l'état clinique du patient de manière plus générale, que ce soit dans une perspective psychodynamique ou bien dans une perspective dite de « santé mentale », plus proche de la définition de la santé proposée par l'OMS (Organisation mondiale de la santé), ce qui implique de s'intéresser également à son histoire et au contexte dans lequel il évolue (Mezzich et coll., 1996). Nous envisagerons ici les différents facteurs influençant la procédure diagnostique, le risque d'erreurs diagnostiques en situation transculturelle, l'évolution des classifications internationales pour terminer par quelques exemples cliniques.

Les facteurs influençant le diagnostic

Différents facteurs jouent un rôle important dans la procédure diagnostique en situation transculturelle. Ils doivent être connus dans la mesure où ils sont susceptibles de causer des biais culturels dans l'évaluation.

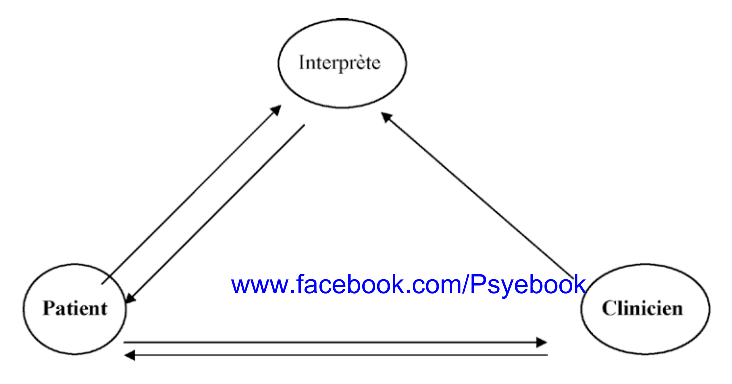
Quels que soient les symptômes et la pathologie du patient, qu'on leur attribue ou non des causes organiques ou biologiques, la psychiatrie ne se pratique pas dans un « vide » culturel. Ceci signifie que la culture de l'autre doit être pensée, mais aussi que la sienne propre doit être prise en compte. Le clinicien doit être bien conscient des biais introduits par sa propre appartenance culturelle en situation d'examen : il n'est pas un être universel mais un homme singulier avec une identité individuelle, sociale, professionnelle et culturelle. Méconnaître ou nier la distance culturelle existant entre le patient et le thérapeute est à même d'induire des erreurs dans l'évaluation clinique. Un des risques est alors d'attribuer une signification psychopathologique à des éléments qui n'en ont pas. L'appartenance culturelle influence par exemple la présentation, la mimique, l'expression des affects, le contact, autant d'éléments qui sont pris en compte dans l'évaluation et qui peuvent entraîner à tort un sentiment de « bizarrerie » ou « d'inadaptation » (Hughes, 1993). La manière d'exprimer les

affects de façon plus ou moins expressive, la communication non verbale, la conception de la politesse et du respect (qui peut conduire le patient à répondre « oui » en pensant que répondre « non » serait impoli), sont également des exemples d'éléments culturellement codés dans la relation. Ainsi, par exemple, l'évitement actif du regard de l'adulte par un enfant africain pourra-t-il être considéré à tort comme un signe d'inhibition, de retrait, de gêne relationnelle, alors que l'enfant ne fait qu'exprimer le respect dû à l'adulte, se comportant donc de manière culturellement conforme à la situation.

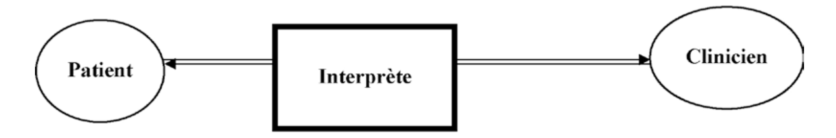
Par ailleurs, comme l'a fait remarquer Spiegel (1976), le transfert et le contre-transfert comportent une dimension culturelle : la distance ou au contraire la proximité culturelle peuvent produire des mouvements transférentiels positifs ou négatifs. Il est ainsi fréquent qu'à certains moments de leur parcours, en fonction notamment du degré d'élaboration de la question de leur propre altérité, certains patients soient amenés à rechercher des thérapeutes issus de leur propre groupe culturel ou bien au contraire s'en éloignant. Devereux a particulièrement développé la question du contre-transfert culturel dans les sciences humaines (1967 ; 1970), celui-ci étant en rapport avec l'angoisse que suscite la confrontation à l'altérité.

La question de la langue est également un point important. Idéalement, l'évaluation doit permettre au clinicien comme au patient d'utiliser leur langue maternelle et nécessite donc la collaboration avec un interprète. Il est en effet très difficile de travailler dans une langue dont on a seulement une maîtrise partielle. Fréquemment, les patients migrants désirent s'exprimer dans la langue du pays d'accueil. Il est alors important de recourir à la présence d'un interprète qui pourra intervenir en cas de besoin, permettant des allers et retours entre les langues. Il faut garder à l'esprit que les termes fréquemment utilisés en psychiatrie n'ont pas forcément d'équivalent dans d'autres langues, de même que certaines modalités d'expression de la souffrance utilisées localement, et qu'il est donc souvent nécessaire de rechercher une équivalence conceptuelle plutôt qu'une simple traduction. Le travail avec un interprète désarçonne parfois les cliniciens. En fait, les modalités de collaboration doivent être pensées, le clinicien et l'interprète doivent avoir préalablement établi la manière dont ils allaient travailler. Plusieurs méthodes sont possibles, et Westermeyer (1989 ; 1990) en distingue trois (figure 6-1) :

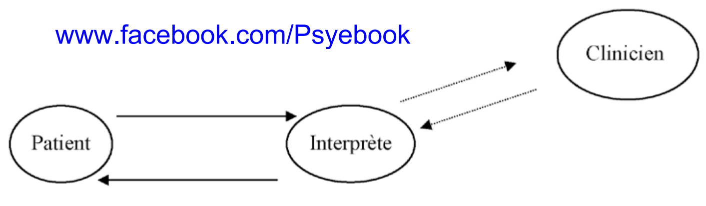
- le modèle « en triangle » nécessite un certain entraînement de la part du clinicien, mais permet l'établissement de six canaux de communication entre les trois intervenants, chacun apportant des informations utiles ;
- dans le modèle de la « boîte noire », l'interprète intervient comme un « décodeur » qui ne fait que communiquer un message d'une personne à une autre. Cette manière de faire est souvent source de déception pour le clinicien qui réalise que l'interprète *ne peut pas* être une « boîte noire » et pour l'interprète qui est mis dans une situation impossible à tenir ;



A : Modèle en triangle



B : Modèle de la « boîte noire »



C : Modèle du « clinicien junior »

Figure 6-1
Différentes manières de travailler avec un interprète (Westermeyer, 1989 ; 1990).

La culture intervient à la fois dans la manière dont le patient va expérimenter ses symptômes, dans la manière dont il va les communiquer au clinicien, dans la sélection de ceux qu'il va considérer comme graves ou bénins, comme communicables ou devant rester cachés, etc. De même des expériences banales dans certaines cultures comme les phénomènes de transe, les hallucinations en période de deuil, peuvent être considérées à tort comme pathologiques. La signification de certains symptômes est donc variable selon le contexte culturel et social dans lequel ils prennent place, et le recours à l'entourage familial, voire à des « informateurs » au sens anthropologique, est alors utile.

Erreurs diagnostiques en situation transculturelle

En 1983, Mukherjee et coll. ont montré que les patients bipolaires afro-américains et hispano-américains encouraient un risque significativement plus élevé que les patients caucasiens de se voir attribuer un diagnostic de schizophrénie. Un des facteurs prédictif d'erreur était la survenue de phénomènes hallucinatoires au cours de l'accès pathologique. Kleinman (1977) a proposé le concept de *category fallacy* pour désigner l'application à un groupe culturel de critères diagnostiques définis au sein d'un autre et dont la validité transculturelle n'a pas été établie : un risque élevé d'erreur diagnostique (*misdiagnosis*) en résulte, notamment à travers un excès de diagnostic de psychose et d'hospitalisation sous contrainte. Cette question a depuis été largement débattue dans les pays anglo-saxons (Good, 1993 ; Lin, 1990 ; Littlewood, 2001b ; Manson et coll., 1985 ; Neighbors et coll., 1989 ; Shashidharan, 1993, etc.), parfois en des termes forts comme celui de « racisme institutionnel » (Fernando, 1991), ou de « contrôle social » de la part de l'institution sanitaire (Knowles, 1991). Néanmoins, ce débat n'a pas émergé en France à l'exception notable des travaux de Selod (1998 ; 2001). Pourtant, notre pratique clinique à la consultation transculturelle de Bobigny[1] nous confronte quotidiennement avec de telles situations d'erreur diagnostique, que ce soit avec des patients migrants ou bien avec des patients originaires de départements ou de territoires d'outre-mer.

Une autre source d'erreur est liée à l'idée selon laquelle les symptômes observés représenteraient directement des processus psychopathologique sous-jacents possédant une certaine stabilité alors qu'ils sont aussi sélectionnés par le patient en fonction de l'évolution de sa relation avec le clinicien, mais aussi avec sa famille, etc. Ainsi un patient déprimé peut mettre en avant des plaintes somatiques dans un premier temps, alors que la dimension psychologique de sa souffrance ne pourra être dite qu'une fois une relation de confiance établie (Kirmayer et Groleau, 2001), ce qui risque d'entraîner un diagnostic erroné de trouble somatoforme.

La place ambiguë des facteurs culturels dans le DSM et la CIM

Rompant avec le modèle psychanalytique qui imprégnait le DSM-II, la publication du DSM-III en 1980, puis de ses versions ultérieures DSM-III-R, DSM-IV et DSM-IV-TR amena de profonds changements (*American*

1 Dans le service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent du Pr. Moro à l'hôpital Avicenne.

Psychiatric Association, 1980 ; 1987 ; 1994 ; 2000). Le DSM, et la vision catégorielle des troubles mentaux qu'il véhiculait devinrent rapidement incontournables pour la psychiatrie mondiale, et la dernière version de la Classification internationale des maladies de l'OMS en a repris les principes (OMS, 1993 ; 1994). Aujourd'hui, les catégories et critères diagnostiques définis dans le DSM servent fréquemment de base à l'enseignement de la psychiatrie, et il fait souvent office de « manuel » de psychiatrie (ce qui, rappelons-le, n'était pas son but), y compris dans les pays non occidentaux. L'ethnocentrisme des nosologies occidentales a pourtant été maintes fois souligné.

La référence aux aspects culturels de la psychiatrie est pourtant toute récente dans le DSM. Dans le DSM-III et le DSM-III-R, on ne trouvait qu'une brève allusion à cette question dans l'introduction du manuel. C'est en 1990, dans le cadre de l'élaboration du DSM-IV, que les aspects culturels commencèrent à être pris en considération. Une *Conférence sur la culture et le diagnostic psychiatrique* se tint ainsi à Pittsburgh en 1991, sous les auspices du *National Institute of Mental Health* (NIMH) et de l'*American Psychiatric Association* (APA) : 15 nosologistes de la *DSM-IV Task Force* de l'APA, chargée de la révision du DSM-III-R, rencontrèrent 45 experts en psychiatrie culturelle ou en anthropologie (dont seulement deux n'étaient pas originaires d'Amérique du Nord). Littlewood a donné une vision personnelle et assez critique de cette réunion (2001a). Il s'avéra en fait que les possibilités de modifications du DSM-III-R étaient assez limitées, et toutes les propositions de modifications radicales (comme la création d'un axe culturel, ou le déplacement de l'anorexie mentale vers la catégorie des syndromes liés à la culture — occidentale dans ce cas) furent rapidement balayées. Un *Groupe de travail sur la culture et le diagnostic* comprenant plus de 100 cliniciens et chercheurs en sciences sociales travailla durant 3 ans à une revue extensive de la littérature et à des propositions de modifications du manuel. Finalement, seule une petite partie de ces propositions fut retenue par la *DSM-IV Task Force*, et ce dans quatre rubriques :

- une déclaration sur les aspects culturels (*cultural statement*) dans l'introduction du manuel : ce texte alerte le clinicien sur la prudence nécessaire dans l'utilisation du manuel dans un contexte multiculturel, souligne l'importance des concepts de culture et d'ethnicité, encourage le clinicien à prendre en compte le biais de l'ethnocentrisme ;
- des considérations culturelles pour la plupart des catégories diagnostiques du manuel, sous forme de courts paragraphes exposant les variations transculturelles concernant la sémiologie, la fréquence, etc. du trouble considéré ;
- un guide pour la formulation culturelle (*cf. infra*) figurant en annexe ;
- un glossaire des syndromes liés à la culture, figurant également en annexe.

Ces avancées bien réelles sont apparues insuffisantes pour beaucoup (Kirmayer, 1998 ; Mezzich et coll., 1999 ; 2001). Kirmayer (1998) souligna que le refus d'inclure certaines recommandations ne reflétait pas tant le manque d'argument scientifique que le refus d'intégrer des commentaires susceptibles d'entrer en conflit avec les positions théoriques implicites du DSM. Kleinman (1996) a ainsi analysé un certain nombre de ces implicites :

- les troubles mentaux seraient un phénomène naturel, une chose en soi, dont la présence ou l'absence peut être affirmée à travers l'observation. Ceci revient à surestimer la question de la fidélité du diagnostic, en négligeant la question de sa validité transculturelle ;
- l'évolution et l'histoire naturelle des troubles seraient contenues dans la définition de la catégorie diagnostique. Or il est avéré que les modalités évolutives des troubles sont au moins en partie influencées par le contexte culturel et social (le pronostic de la schizophrénie est par exemple meilleur dans les pays en voie de développement que dans les pays occidentaux) ;
- la dichotomie corps-esprit qui sous-tend certaines catégories comme celle des troubles somatoformes, la distinction forme/contenu implicite dans la description des grandes catégories diagnostiques et de leurs « variants culturels », la conception de la personnalité comme une entité stable et discrète contenue dans la notion de troubles dissociatifs, ne sont pas universellement partagées, etc.

Ainsi, les définitions des concepts de culture, d'ethnicité et de race préparées pour l'introduction du manuel ne furent pas incluses, pas plus que la remarque sur le fait que le DSM-IV était lui-même une construction culturelle ; les commentaires sur le manque de pertinence de la distinction entre troubles affectifs, anxieux, somatoformes et dissociatifs, qui ne semblent pas refléter des entités discrètes en situation transculturelle, furent abandonnés.

Le processus de révision du DSM-IV dans ses aspects culturels a fait l'objet de publications. La majeure partie des travaux du *Groupe de travail sur la culture et le diagnostic* du NIMH figure dans Mezzich et coll. (1996), certains membres de ce groupe de travail ont publié leurs analyses de la distance entre leurs propositions et ce qui a été finalement retenu par la *DSM-IV Task Force*, que ce soit dans le domaine des troubles infanto-juvéniles (Canino et coll., 1998), psychotiques (Jenkins, 1998), affectifs (Manson et Kleinman, 1998), dissociatifs (Lewis-Fernandez, 1998), ou du glossaire des syndromes liés à la culture (Hughes, 1998). Concernant certains troubles, des avancées significatives ont tout de même été réalisées. En ce qui concerne le trouble des conduites chez l'enfant par exemple, il est précisé : « Comme le veut la définition des troubles mentaux dans le DSM-IV, le diagnostic de trouble des conduites ne devrait être appliqué que lorsque le comportement en question est symptomatique d'un dysfonctionnement sous-jacent chez l'individu et pas lorsqu'il constitue simplement une modalité de réaction

au contexte social immédiat. De plus les jeunes migrants de pays ravagés par la guerre ayant pu présenter des comportements agressifs ayant été nécessaires à leur survie dans ce contexte ne relèvent pas nécessairement du diagnostic de troubles des conduites. Cela peut aider le clinicien de prendre en considération le contexte social et économique dans lequel de tels comportements sont survenus » (American Psychiatric Association, 1994, p. 88). Ce point est particulièrement important puisqu'il est admis que le contexte peut invalider certains critères diagnostiques. De même, les cliniciens sont invités à une grande prudence en ce qui concerne les diagnostics de retard mental et de troubles des apprentissages. Dans le domaine des troubles dissociatifs, un trouble transe dissociative a fait son apparition en annexe, dans la catégorie des troubles nécessitant davantage de recherche, et la grande fréquence des formes de dissociation non pathologiques dans le monde est soulignée. Cependant, la mise en garde proposée par le *Groupe de travail sur la culture et le diagnostic* du NIMH au sujet de l'absence d'équivalence entre des catégories étiologiques profanes et une catégorie diagnostique du DSM-IV (comme *l'ataque de nervios* et les troubles dissociatifs), nécessitant l'évaluation individualisée systématique, a été rejetée (Lewis-Fernandez, 1998).

L'absence de données quantitatives et épidémiologiques de la part des anthropologues et des psychiatres du courant de la psychiatrie culturelle fut sans doute pour beaucoup dans le rejet de nombre de leurs propositions. Cependant, les motifs de rejet des propositions par la *DSM-IV Task Force* ne furent jamais réellement explicités (Kirmayer, 1998). On peut penser qu'il existe en l'état actuel des choses des limites à ce qu'une entreprise comme le DSM peut tolérer comme modifications et comme relativisme sans que son projet même soit remis en cause. « Reste à savoir si (…) l'American Psychiatric Association est prête à choisir entre minimiser la valeur de son manuel en situation transculturelle, ou bien à le transformer radicalement pour en faire un instrument valide sur le plan international » (Littlewood, 2001a, p. 461).

Le développement de nouvelles classifications locales

L'inadaptation évidente des nosologies internationales aux besoins des cliniciens des pays non occidentaux a conduit au développement d'outils locaux, tentant d'articuler la classification de l'OMS avec les univers dans lesquels elle est employée (Mezzich et coll., 2001), notamment en Asie et en Amérique latine.

En Chine par exemple, où réside un cinquième de la population mondiale, a été développée la *Chinese Classification of Mental Disorders*, CCMD-3

(*Chinese Psychiatric Society*, 2001), qui reprend l'architecture de la CIM-10 avec des adaptations et concernant les catégories diagnostiques, des ajouts (troubles mentaux liés au *qigong*, psychose des voyages [*lutu jingshen bing*]), des suppressions (troubles somatoformes, jeu pathologique), des variantes (neurasthénie, névrose dépressive, anorexie mentale). La catégorie des névroses est conservée. De nombreuses recherches ont confirmé la validité des catégories et la fiabilité de ces diagnostics en Chine (Lee, 2001). Au Japon, la *Japanese Society for International Diagnostic Criteria in Psychiatry* a également décidé de conserver le concept de névrose (la dépression légère y est d'ailleurs reconnue comme un trouble névrotique et non pas comme un trouble de l'humeur), et les troubles somatoformes n'ont pas été retenus. En Amérique latine, existe à la fois le *Cuban Glossary of Psychiatry*, GC-3, développé à Cuba, compatible avec la CIM-10, et depuis peu, le *Latin American Guide for Psychiatric Diagnosis* (Berganza et coll., 2001), développé en intégrant l'expérience du GC-3 et qui comporte différentes sections : histoire et contexte culturel de la psychiatrie latino-américaine, procédures diagnostiques, nosologie incluant les catégories de la CIM-10 éventuellement adaptées et des syndromes propres à l'Amérique latine (comme le *mal de ojo*, le *susto*, *l'ataque de nervios*), un glossaire, etc.

Ces différents travaux amènent à considérer le diagnostic comme un acte complexe qui dépasse la simple identification du trouble (son diagnostic nosologique et différentiel) pour s'intéresser au cadre plus large dans lequel il prend place, c'est-à-dire à l'expérience du sujet demandant des soins. Cette préoccupation est à l'origine d'un projet de l'Association mondiale de psychiatrie visant à l'établissement de *Guidelines* internationaux pour l'évaluation diagnostique en psychiatrie (Mezzich et coll., 2001). Les perspectives actuelles ne visent pas à opposer les modèles locaux et les nosologies internationales, mais à penser leurs possibilités d'articulation et leur complémentarité. « Bien qu'il y ait des bénéfices clairs à disposer d'un langage psychiatrique mondial, il y a également des bénéfices clairs au maintien de dialectes locaux et à la réflexion sur la manière dont l'expertise internationale et les expériences locales peuvent mutuellement s'enrichir » (Weiss, 2001, p. 22).

Les syndromes liés à la culture

Les désordres liés à la culture (*culture-bound syndromes*) sont des tableaux cliniques assez homogènes, rencontrés dans certaines cultures au sein desquelles ils sont reconnus et compris comme cohérents et porteurs d'un sens. Il s'agit de s'écarter de la norme, d'exprimer une souffrance ou un désordre d'une manière qui soit compréhensible, décodable, et porteuse de sens au sein d'une culture donnée, ou pour reprendre le terme de Linton, d'un « modèle d'inconduite ». L'*amok*, popularisé par une nouvelle de Stefan Zweig (*Der Amokläufer*) en 1922, est sans doute le plus connu. Il serait

complètement illusoire de chercher à établir des correspondances définitives entre ces syndromes et des syndromes issus de notre nosologie. Tous ces tableaux constituent des canaux communs à des groupes culturels, pour exprimer des souffrances individuelles. Au sein de la culture d'appartenance, de tels désordres admettent une étiologie implicite comprise par le groupe, ou bien requièrent qu'une démarche soit entreprise auprès d'un guérisseur pour en élucider la cause. Lorsqu'on parle de syndrome lié à la culture, il faut se garder de plusieurs écueils : la réification d'entités ainsi définies peut amener à figer les symptômes, à transformer la clinique en musée ethnographique. Il est pourtant bien établi que ces représentations ne restent pas figées, y compris chez la même personne, et que les théories qui en découlent se construisent progressivement dans l'interaction et l'élaboration (De Plaen, 2003).

Vers un guide de formulation culturelle du diagnostic

Le *Guide de formulation culturelle* est une innovation importante du DSM-IV, figurant en annexe de l'ouvrage (Mezzich, 1995). Son utilisation permet d'ajouter à la démarche diagnostique une démarche complémentaire d'évaluation de l'expérience du trouble telle qu'elle est vécue par le patient avec ses propres références. Cinq dimensions sont à évaluer (Yilmaz et Weiss, 2001) :

1. identité culturelle de l'individu :

– groupe(s) culturel(s) auxquels le patient s'identifie ou alors au contraire qu'il ne reconnaît pas comme affiliation. Position par rapport au sentiment religieux. Mêmes informations sur les deux parents,
– langues : langue maternelle, parlée dans la petite enfance et la période des apprentissages. Acquisition de nouvelles langues. Langue(s) parlée(s) au travail, à la maison par le patient et sa famille, langue utilisée pour les soins, langues dans lesquelles le patient lit et écrit,
– relation avec la culture d'origine : maintien de liens affectifs avec des personnes restées au pays, implication dans des associations communautaires, religieuses, de loisir, politique regroupant des migrants de même origine. Place des pairs de même origine dans la socialisation, contacts avec la famille étendue. Positionnement du patient vis-à-vis de sa culture d'origine,
– relation avec la culture du pays hôte : engagement dans des activités de loisir, communautaires, religieuses, relations amicales, socialisation. Perception de la culture du pays hôte. Expérience du racisme ;

2. modèle étiologique des troubles :

– dénomination du problème (par ex : les nerfs, la malchance, des plaintes somatiques, etc.), et principales manifestations,

– sens de ces troubles et sévérité perçue en référence à la culture d'origine et à la culture du pays d'accueil,
– modèles explicatifs de la maladie, ce qui inclut : cause, évolution, mécanisme, évolution attendue, traitement souhaitable,
– itinéraire thérapeutique : dans le système de soin, avec des guérisseurs traditionnels, médecines alternatives, etc. Raisons de ces choix, sens de la demande actuelle ;

3. facteurs culturels liés à l'environnement psychosocial et au niveau de fonctionnement :

– facteurs de stress : situation politique dans le pays d'origine et le pays d'accueil, stresseur principal selon l'individu, sa famille,
– facteurs de protection, de support,
– niveau de fonctionnement et de handicap à la maison, au travail, dans la famille nucléaire et étendue, avec les pairs de même origine, avec les membres de la société d'accueil ;

4. éléments culturels de la relation entre le sujet et le clinicien :

– identité culturelle du clinicien, langue parlée par le clinicien, connaissances spécifiques au sujet de la culture du patient,
– histoire des relations entre les groupes culturels du patient et du clinicien (par ex : colonisation, conflit, guerre, racisme, etc.),
– existence de conflits de valeur entre le clinicien et le patient,
– possibilité d'évaluer ces aspects ;

5. conclusions de l'évaluation culturelle susceptibles d'éclairer l'évaluation diagnostique et les soins :

– reprendre chaque catégorie et en dégager les implications pour ce cas,
– quel rôle les facteurs socioculturels jouent-ils dans la problématique de ce patient et dans l'existence de possibles solutions ?
– quel rôle l'histoire migratoire joue-t-elle dans la problématique de ce patient et dans l'existence de possibles solutions ?
– la formulation culturelle conduit-elle à modifier l'évaluation du diagnostic, de la sévérité, du niveau de fonctionnement, du niveau des facteurs de stress et de support social, du pronostic, du traitement à mettre en place, de l'alliance thérapeutique, etc. ?

Différentes illustrations de l'utilisation de cet outil et de sa pertinence pour la clinique ont été publiées (Ruiz, 1998 ; Yilmaz et Weiss, 2001 ; Baubet et coll., 2005). Ce guide offre des perspectives prometteuses sur le plan clinique, de l'enseignement et de la recherche.

Dans notre expérience, l'utilisation du guide de formulation culturelle permet au clinicien — même s'il n'est pas un spécialiste de la psychiatrie transculturelle — de coconstruire, avec le patient et sa famille, un sens à ce qui est en train de se produire. Il s'agit d'un moment clinique important pour le nouage de l'alliance thérapeutique. Les conséquences sont égale-

ment importantes sur le plan diagnostique : lorsque le patient peut exprimer la richesse et la complexité de son expérience vécue, lorsque le thérapeute est prêt à l'entendre et que les deux partenaires se situent dans une démarche de coconstruction de sens, cela permet l'émergence d'un matériel individuel d'une grande richesse, qui modifie radicalement la première impression diagnostique et bouleverse la prise en charge. Nous pouvons illustrer cela avec la situation clinique d'Aminata :

Aminata, une femme de 60 ans d'origine sénégalaise, wolof, est hospitalisée dans un service de médecine pour un bilan de poyarthralgies. Le psychiatre est appelé en urgence alors que depuis la veille son comportement a changé et qu'il contraste avec la grande réserve qu'elle affectait jusque-là. Aminata s'est dévêtue, et elle arpente le couloir en hurlant dans sa langue maternelle, en menaçant verbalement et de son poing tendu les autres patients et le personnel. Elle est allée chercher du lait dans la cuisine qu'elle s'est renversé sur la tête et le corps. Tout contact paraît impossible, Aminata est en contact avec des créatures invisibles qui semblent lui parler, auxquelles elle répond, éclatant parfois de rire ou manifestant de la colère. Le personnel du service et les autres patients sont terrorisés. Les médecins du service pensent que son état nécessite une hospitalisation en psychiatrie sous contrainte du fait de sa « dangerosité ».

L'entretien et un traitement sédatif lui permettent de retrouver son calme. C'est alors la tristesse qui domine, mais le contact est rétabli. Toujours réticente, elle ne peut livrer que quelques éléments : c'est déjà arrivé à sa mère et à des cousines, rien ne va en ce moment, sa fille aînée est gravement malade mais c'est un secret. Aminata sent qu'elle devrait rentrer au pays suivre une cérémonie traditionnelle de guérison, le *ndöp*, qui permettrait de vivre en paix avec ses *rabs*, esprits tutélaires qui la « prennent », elle aussi, comme sa mère. Mais pour cela, il faudrait qu'elle puisse à nouveau faire confiance à cette mère rejetante, maltraitante, qui n'avait pu sauver le fils d'Aminata décédé chez elle en vacances alors qu'il avait 14 ans, et qu'Aminata était restée en France pour travailler… Ces crises se reproduisirent à plusieurs reprises dans le service, et une partie non négligeable de notre travail fut d'aider l'équipe dans ses capacités contenantes. Le suivi de cette patiente mit en évidence une symptomatologie dépressive avec une forte charge anxieuse, dans un contexte de questionnements existentiels douloureux.

L'état initial de la patiente, une fois un trouble somatique ou iatrogène éliminé, évoquait le diagnostic de « trouble psychotique bref » du DSM-IV, dont les critères diagnostiques étaient remplis. Aminata présentait des hallucinations psychosensorielles acousticoverbales, un dialogue hallucinatoire, des rires immotivés. Cet état évoluait depuis 24 heures, dans une alternance de moments d'excitation et de moments d'abattement accompagnés de réticence pathologique, de mutisme et de refus du contact.

C'est l'entretien mené selon le guide de formulation culturelle autour du matériel amené par la patiente et de sa propre compréhension de ce

qui se passe qui permet de dépasser ce niveau. Nous n'en donnerons que quelques éléments. Aminata est wolof, ethnie majoritaire au Sénégal, musulmane non pratiquante. Elle a une idée précise sur ce qui lui arrive : encore faut-il la lui demander et se montrer prêt à l'entendre sans juger ni lui attribuer une signification psychopathologique en soi. Aminata nous parle d'un phénomène de possession par les *rabs* (Ortigues et Ortigues, 1984). C'est quelque chose qu'elle a déjà expérimenté ainsi que plusieurs femmes de sa famille, dont sa mère. Elle sait également ce qu'il conviendrait de faire pour aller mieux, un *ndöp*, comme elle l'a déjà fait par le passé, mais il lui faudrait accepter de s'appuyer sur sa mère, ce qui lui semble insurmontable pour l'instant… La résurgence de cette symptomatologie chez la patiente témoigne de sa fragilisation actuelle, et survient alors qu'une nouvelle fois, la question de la filiation est interrogée à travers la maladie qui touche sa fille. Aminata appelle à l'aide : elle est bien placée pour savoir que ces transes suscitent l'intérêt des médecins occidentaux, puisqu'elle nous dit que sa mère, vraie possédée, savait également faire des crises « sur commande » pour les besoins pédagogiques des médecins coloniaux de Dakar… Les troubles présentés par Aminata représentent un désordre qui n'aurait sans doute pas, à Dakar, conduit à recourir à un psychiatre en première intention. La famille, puis la famille étendue, puis le secteur informel auraient probablement été sollicités avant l'hôpital. Mais ces recours ne sont pas toujours disponibles dans la migration, et ce qui est avant tout quête de sens, tentative de réaménagement identitaire, se voit offrir une réponse d'emblée médicale. Pouvoir parler de ces êtres invisibles qui l'assaillent permet à la patiente de se rasséréner et de déployer peu à peu des affects dépressifs insurmontables, des deuils bloqués et des conflits névrotiques non résolus, une alliance thérapeutique de bonne qualité peut être établie. La prise en charge immédiate et l'évolution ont confirmé le diagnostic d'épisode dépressif majeur d'intensité moyenne, sans élément psychotique. Le traitement associant des consultations thérapeutiques et un traitement par antidépresseur sérotoninergique a duré environ 6 mois.

Les phénomènes de transe, ou de possession peuvent facilement être confondus avec un état délirant (McCormick et Goff, 1992 ; Pereira et coll., 1995). Ces manifestations, comme plus généralement l'ensemble des syndromes liés à la culture (Littlewood, 2001a ; De Plaen, 2003) peuvent pourtant correspondre à différentes situations qui vont de situations non pathologiques à des troubles psychiatriques graves. En effet, des situations de détresse par exemple réactionnelles à un événement de vie, des troubles affectifs, névrotiques peuvent s'extérioriser d'une manière culturellement codée, par exemple un tableau de possession. Ce n'est donc pas à partir des signes témoignant de la possession que l'on pourra poser un diagnostic psychiatrique. Pour autant, un authentique délire peut également emprunter à ce modèle. Il n'est donc pas possible de dresser des équivalences strictes

entre des tableaux de syndromes liés à la culture et des diagnostics psychiatriques. Il est intéressant en clinique de toujours considérer le potentiel dynamique et structurant de telles crises, et de ne pas assigner à ces patients un diagnostic de psychose dès le premier épisode. L’utilisation du guide de formulation culturelle des troubles peut sans aucun doute nous y aider.

Il nous semble toutefois utile de souligner certaines limites de cette approche. Tout d’abord, le concept de « culture » est utilisé ici sans avoir été préalablement défini, la proposition de définition du groupe de travail sur les aspects culturels n’ayant pas été retenue par les auteurs du manuel. Les concepts de « culture d’origine » et de « culture d’accueil » méritent aussi d’être précisés tant les processus en jeu sont complexes (Revah-Lévy et Pradère, 2003). La question de l’acte migratoire, de ses déterminants conscients ou non, de son vécu n’est pas évoquée. Enfin, il convient d’être prudent sur la notion de « théorie étiologique » des patients. Ces théories sont des constructions des patients élaborées à un moment donné, dans la relation avec un clinicien, en empruntant à des éléments divers. Il serait tout à fait dommageable de les figer, de les essentialiser, voire même de leur donner corps en les énonçant soi-même. Il s’agit d’objets complexes, mouvants, on voit souvent des « théories étiologiques écran » (un patient peut par exemple évoquer « le destin » et ne pas parler de sa crainte d’une attaque en sorcellerie dont la seule évocation serait terrifiante).

Ces mises en garde faites, le guide de formulation culturelle nous semble un bon moyen, pour le clinicien, de saisir l’importance de la prise en compte des aspects culturels de l’acte diagnostique et ses implications pour le traitement. Rappelons que ces aspects ne peuvent se déployer que si le clinicien est prêt à les entendre, et que ne pas vouloir les entendre, c’est à la fois prendre le risque d’une erreur diagnostique et contraindre le patient au clivage et à la solitude élaborative.

Pour reprendre le mot de Kleinman (1996), nous devons garder à l’esprit que le diagnostic psychiatrique est « l’interprétation d’une interprétation » : nulle variable mesurable naturelle n’est connue à ce jour dans le champ de la psychiatrie. Le patient interprète son expérience et nous la communique, nous interprétons à notre tour un ensemble de données, et chacun de ces processus est enraciné dans des matrices culturelles. Le guide de formulation culturelle du DSM-IV, qui témoigne de ces aspects, constitue donc un apport que l’on pourrait qualifier de « subversif » par rapport au projet de l’ouvrage. Il introduit un renversement de perspective notable en redonnant une place à la subjectivité du patient et à celle du clinicien, à la narrativité, et à la prise en compte du contexte dans la procédure diagnostique. Nous pensons avoir montré le potentiel prometteur que recèle ce guide de formulation culturelle. Il est actuellement situé dans une lointaine annexe de l’ouvrage. Nous verrons dans les prochaines éditions du manuel

si la place qui lui est conférée se renforce, ou s'il n'est destiné qu'à servir de « caution » culturelle à un instrument qui reflète essentiellement, pour l'heure, les manières occidentales de penser les troubles mentaux.

Conclusion

Le diagnostic en situation transculturelle pose des questions qui concernent en fait le champ de la psychiatrie en général. Elle interroge à la fois nos nosologies et nos manières de faire. Le diagnostic psychiatrique est bien davantage que l'observation de catégories naturelles et stables chez un hypothétique patient « universel ». Patient et psychiatre sont chacun dotés d'une culture et leur rencontre se produit dans un contexte précis. Si ces éléments ne sont pas pris en compte dans l'acte diagnostique, ils constituent autant de taches aveugles dans cette démarche, à même d'entraîner des erreurs diagnostiques aux conséquences graves pour les patients.

Bibliographie

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manuel of Mental disorders Third Edition - DSM-III. Washington : American Psychiatric Press ; 1980.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manuel of Mental disorders Third Edition revised- DSM-III-R. Washington : American Psychiatric Press ; 1987.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manuel of Mental disorders Fourth Edition- DSM-IV. Washington : American Psychiatric Press ; 1994.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manuel of Mental disorders Fourth Edition-Text Revision- DSM-IV-TR. Washington : American Psychiatric Press ; 2000.

Baubet T, Taïeb O, Heidenreich F, Moro MR. Culture et diagnostic psychiatrique : l'utilisation du « guide de formulation culturelle » du DSM-IV en clinique. Ann Méd Psychol 2005 ; 163 (1) : 38–44.

Berganza CE, Mezzich JE, Otero-Ojeda AA et al. The latin american guide for psychiatric diagnosis : a cultural overview. Psychiatr Clin North Am 2001 ; 24 (3) : 433–46.

Canino I, Canino G, Arroyo W. Cultural considerations for chilhood disorders : how much was it included in DSM-IV ? Transcult Psychiatry 1998 ; 35 (3) : 343–56.

Chinese Psychiatric Society. The chinese classification of mental disorders, ed. 3 (CCMD-3). Shandong : Shandong Publishing House of Science and Technology ; 2001.

De Plaen S. Des « culture bound-syndromes » au « travail de la culture ». In : Baubet T, Moro MR. Psychiatrie et migrations. Paris : Masson ; 2003. p. 75–90.

Devereux G. (1967) De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement. Paris : Flammarion ; 1980.

Devereux G. (1970) Essais d'ethnopsychiatrie générale. Paris : Gallimard ; 1983.

Fernando S. Mental health, race et culture. London : Macmilian Press ; 1991.

Good B. Culture, diagnosis and comorbidity. Cult Med Psychiatry 1993 ; 16 : 427–46.

Hughes CC. Culture in clinical psychiatry. In : Gaw AC. Culture, ethnicity and mental illness. Washington : American Psychiatric Press ; 1993. p. 3–41.
Hughes CC. The glossary of « culture-bound syndromes » in DSM-IV : a critique. Transcult Psychiatry 1998 ; 35 (3) : 413–21.
Jenkins J. Diagnostic criterias for schizophrenia and related psychotic disorders : integration and suppression of cultural evidence in DSM-IV. Transcult Psychiatry 1998 ; 35 (3) : 357–76.
Kirmayer LJ, Groleau D. Affective disorders in cultural context. Psychiatr Clin North Am 2001 ; 24 (3) : 465–78.
Kirmayer LJ. The fate of culture in DSM-IV. Transcult Psychiatry 1998 ; 35 (3) : 339–42.
Kleinman A. Depression, Somatization and the « New Cross-Cultural Psychiatry ». Soc Sci Med 1977 ; 11 : 3–10.
Kleinman A. How is culture important for DSM-IV ? In : Mezzich JE, Kleinman A, Fabrega H, Parron DL. Culture and psychiatric diagnosis. Washington : American Psychiatric Press ; 1996. p. 15–25.
Knowles C. Afro-caribeans and schizophrenia : how does psychiatry deals with issues of race, culture, ans ethnicity ? J Soc Politics 1991 ; 20 (2) : 173–90.
Lee S. From diversity to unity : the classification of mental disorders in 21st-century China. Psychiatr Clin North Am 2001 ; 24 (3) : 421–31.
Lewis-Fernandez R. A cultural critique of DSM-IV dissociative disorders section. Transcult Psychiatry 1998 ; 35 (3) : 387–400.
Lin KM. Assessment and diagnostic issues in the psychiatric care of refugees patients. In : Holzman WH. Mental care of immigrants and refugees. Austin : University of Texas Press ; 1990.
Littlewood R. Nosologie et Classifications Psychiatriques selon les Cultures : les « Syndromes Liés à la Culture ». L'autre, Cliniques, Cultures et Sociétés 2001a ; 2 (3) : 441–66.
Littlewood R. Caribbean immigration to britain : mental health of the migrants and their british-born families. In : Yilmaz AT, Weiss MG, Riecher-Rössler A. Cultural Psychiatry : euro-international perspectives. Basel : Karger ; 2001b. p. 81–102.
Manson SM, Shore JH, Bloom JD. The depressive experience in american indian communities : a challenge for psychiatric theory and diagnosis. In : Kleinman A, Good B. Culture and depression : studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder. Berkeley : University of California Press ; 1985. p. 331–68.
Manson SM, Kleinman A. DSM-IV, culture, and mood disorders : a critical reflection on recent progress. Transcult Psychiatry 1998 ; 35 (3) : 377–86.
McCormick S, Goff DC. Possession states : approaches to clinical evaluation and classification. Behavioural Neurology 1992 ; 5 : 161–7.
Mezzich JE, Berganza CE, Ruiperez MA. Culture in DSM IV, ICD-10 and Evolving Diagnostic Systems. Psychiatr Clin North Am 2001 ; 24 (3) : 407–19.
Mezzich JE, Kirmayer LJ, Kleinman A et al. The Place of Culture in the DSM IV. J Nerv Ment Dis 1999 ; 187 (8) : 457–64.
Mezzich JE, Kleinman A, Fabrega H et al. Culture and psychiatric diagnosis. Washington : American Psychiatric Press ; 1996.
Mezzich JE. Cultural formulation and comprehensive diagnosis : clinical and research perspective. Psychiatr Clin North Am 1995 ; 18 (3) : 649–57.

Mukherjee S, Shukla S, Woodle J et al. Misdiagnosis of schizophrenia in bipolar patients : a multiethnic comparison. Am J Psychiatry 1983 ; 140 (12) : 1571–4.
Neighbors HW, Jackson JS, Campbell L. The influence of racial factors on psychiatric diagnosis : a review and suggestions for research. Community Ment Health J 1989 ; 25 : 301–11.
OMS. Classification Internationale des Maladies. Dixième révision. Chapitre V (F) : troubles mentaux et troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Genève/Paris : OMS/Masson ; 1993.
OMS. Classification Internationale des Maladies. Dixième révision. Chapitre V (F) : troubles mentaux et troubles du comportement. Critères diagnostiques pour la recherche. Genève/Paris : OMS/Masson ; 1994.
Ortigues MC, Ortigues E. Œdipe africain. Paris : L'Harmattan ; 1984.
Pereira S, Bhui K, Dein S. Making sense of 'possession states' : psychopathology and differential diagnosis. Br J Hosp Med 1995 ; 53 (11) : 582–6.
Revah-Lévy A, Pradère J. Questions de culture(s) : devenir dans la migration. In : Baubet T, Moro MR. Psychiatrie et migrations. Paris : Masson ; 2003. p. 123–5.
Ruiz P. The role of culture in psychiatric care : clinical case conference. Am J Psychiatry 1998 ; 155 : 1763–5.
Selod S. Difficultés diagnostiques chez les patients d'une autre culture : pourquoi certains patients dépressifs sont-ils diagnostiqués comme psychotiques ? Thèse de Médecine : Université de Lille ; 1998.
Selod S. Relations Interethniques et Classifications : de l'Emploi des Diagnostics dans la Littérature Psychiatrique au XX[e] siècle. L'Autre, Cliniques, Cultures et Sociétés 2001 ; 2 (3) : 481–94.
Shashidharan SP. Afro-caribeans and schizophrenia : the ethnic vulnerability hypothesis re-examined. Int Rev Psychiatry 1993 ; 5 : 129–44.
Spiegel JP. Cultural aspects of transference and countertransference revisited. J Am Acad Psychoanal 1976 ; 4 : 447–67.
Weiss MG. Psychiatric diagnosis and illness experience. In : Yilmaz AT, Weiss MG, Riecher-Rössler A. Cultural Psychiatry : Euro-International perspectives. Basel : Karger ; 2001. p. 21–34.
Westermeyer J. Psychiatric care of migrants : a clinical guide. Washington : American Psychiatric Press ; 1989.
Westermeyer J. Working with an interpreter in psychiatric assessment and treatment. J Nerv Ment Dis 1990 ; 178 (2) : 745–9.
Yilmaz AT, Weiss MG. Cultural formulation : clinical case study. In : Yilmaz AT, Weiss MG, Riecher-Rössler A. Cultural Psychiatry : euro-international perspectives. Basel : Karger ; 2001. p. 129–40.

7 Tests psychologiques et facteurs culturels

Catherine Le Du

Aux États-Unis et au Canada, comme dans certains pays européens tels les Pays-Bas ou la Grande-Bretagne, sont publiées de nombreuses recherches portant sur la validation des tests en situation transculturelle et l'*International Test Commission* (ITC) se préoccupe de la traduction des tests les plus courants, travaillant à la conception d'instruments transculturels dits « équitables ». La France n'a pas connu de phénomène d'une telle ampleur et il aura fallu attendre l'année 2008 pour qu'une première Conférence de consensus réunisse des psychologues menant une réflexion collective sur les aspects interculturels de l'évaluation psychologique dans notre pays.

Historique

Cette différence s'inscrit dans une historicité. C'est en effet en France qu'Alfred Binet élabora avec Simon son Echelle Métrique, premier test psychométrique qui vit le jour en 1905. Le propos de Binet n'était pas d'exclure mais de dépister les enfants ayant de grandes difficultés cognitives afin qu'ils puissent bénéficier d'une éducation spécialisée. Ce test connut un vif succès outre-Atlantique et une fois sa traduction opérée, Terman le publia en 1916 sous l'appellation « Stanford Binet », épreuve qui devint le test le plus utilisé au monde durant des décennies. Employé à grande échelle lors de passations collectives auprès de tous les conscrits du pays, le test Binet-Simon perdit toute dimension clinique et devint un instrument de sélection, ce qui fut officialisé par l'*Immigration Act* de 1924 qui l'instituait comme pratique à utiliser auprès des candidats à l'entrée sur le territoire américain. Soulignons que Terman n'avait pas de théorie de l'intelligence mais une idéologie eugéniste revendiquée. La psychométrie fut dès lors l'objet d'une véritable dérive aux États-Unis. En 1939, Wechsler, clinicien et psychopathologiste, mit fin à l'hégémonie du Stanford Binet en créant sa propre échelle, de conception fort différente tant sur le plan de la démarche psychométrique que sur celui de l'idéologie.

Cependant, les pays anglo-saxons conserveront certaines traces de ce passé et les tests d'intelligence, très banalisés, utilisés pour juger du niveau scolaire des enfants, y demeurent marqués du sceau de la démarche

statistique, souvent au détriment de l'intérêt clinique. Terre de conquêtes violentes et d'immigration choisie aussi bien que subie, les États-Unis ont multiplié les recherches relatives à l'intégration des minorités ainsi que les statistiques différenciant « natives » de race indienne, citoyens noirs descendants de l'esclavage ou migrants hispano-américains. Ajoutons que l'interdiction française de recueil de données faisant directement ou indirectement apparaître les origines raciales ou ethniques dans les travaux de recherche portant sur l'intégration des minorités, interdiction dont le principe constitutionnel a été réaffirmé très récemment, n'a pas d'équivalent aux États-Unis. Les enjeux politiques et idéologiques sont toujours sensibles dans ce pays et s'y opposent à nouveau les défenseurs d'une intelligence qui se construit et se développe grâce à l'environnement et les « innéistes », toujours plus nombreux, pour qui elle est donnée à la naissance, quel que soit l'emplacement géographique ou la classe sociale dans laquelle a pu évoluer le sujet testé. Dans la droite ligne du darwinisme social, certains travaux (Herrnstein et Murray, 1994), portant sur l'analyse comparative des performances cognitives de sujets d'origine ethnique différente, ont repris la thèse de Terman selon laquelle les différences d'intelligence expliquent les hiérarchies sociales.

Loin de connaître l'engouement américain, les tests d'efficience intellectuelle furent longtemps considérés avec beaucoup de circonspection en France où leurs détracteurs soulignaient qu'ils ne mesuraient pas tant l'intelligence que les acquisitions scolaires. Un tel questionnement n'avait d'ailleurs pas échappé à Binet dont Zazzo (1985) nous révèle les difficultés, nous apprenant comment il imagina des épreuves, en éliminant certaines et en inventant d'autres pour que le test qu'il construisait s'adapte à la notion qu'il avait de l'intelligence. Zazzo nous rapporte que Binet fit le constat que les résultats différaient d'un milieu social aussi bien que d'un lieu à l'autre, que les enfants de Bruxelles ne donnaient pas les mêmes réponses que les enfants parisiens. Binet chercha donc à éliminer de ses épreuves ce qui faisait encore trop intervenir le niveau d'instruction ou le milieu social mais après cette épuration, l'influence des expériences extrascolaires subsistait. Il fit alors le constat capital que « les résultats du test dépendent à la fois : de l'intelligence pure et simple, d'acquisitions extrascolaires pouvant se faire bien avant l'heure, d'acquisitions scolaires qui se font à date fixe, d'acquisitions relatives au langage et au vocabulaire qui sont à la fois scolaires et extrascolaires pouvant dépendre en partie de l'école et en partie du milieu familial. » (Binet, in Zazzo, *ibid.*, p. 28) Au sortir de mai 1968, toutes ces observations serviront de fer de lance aux détracteurs des tests psychométriques qui connaîtront alors un véritable déclin tandis que se poursuivent les recherches sur les méthodes projectives particulièrement prisées à cette même époque car ayant la psychanalyse pour base théorique.

Nous assistons aujourd'hui à un mouvement autre et à un très net regain d'intérêt pour la pratique du bilan psychologique. Soulignons d'emblée qu'il est très rare que le sujet testé soit le demandeur direct d'une telle évaluation et qu'il est plus souvent fait recours à cet outil dans un but d'orientation scolaire ou de confirmation de diagnostic. La préoccupation du psychologue clinicien sera ici de privilégier une appréhension globale du sujet testé en tentant d'approcher tant sa dynamique psychique au moyen des méthodes projectives que ses ressources cognitives objectivées par les tests d'efficience intellectuelle. Posons d'emblée que faire passer des tests dans le seul but d'attribuer une note de QI (quotient intellectuel) n'a guère de sens et que ce qui importe bien davantage est de s'étayer sur les épreuves projectives pour appréhender les difficultés éventuelles liées à l'inhibition, au clivage, à la mauvaise estime de soi, autant de facteurs propres à entraver les capacités d'apprentissage et les performances intellectuelles. Il est donc capital qu'un seul et même clinicien, sachant ce que dynamique psychique et relation transférentielle signifient, fasse passer le bilan dans son ensemble.

Les tests disponibles

À présent que les tests ont à nouveau droit de cité dans notre société métissée, il nous faut questionner leur pertinence dans ce contexte, ce qui nous amène à intégrer la variabilité culturelle dans l'actuelle modélisation de la psychologie cognitive fondée sur l'existence d'universaux. Tests d'efficience intellectuelle et épreuves projectives doivent être rigoureusement définis et répondre à des critères de sensibilité, de fidélité et de validité. L'étalonnage d'un test, échelle de référence construite à partir d'un échantillon représentatif d'une population, permettra la comparaison des données objectives obtenues lors de la passation d'un sujet donné avec les résultats d'autres personnes appartenant au groupe de référence. En situation transculturelle, ce rapport à la norme, cette comparaison interindividuelle établie en fonction d'une population de référence vont poser question sur un plan méthodologique aussi bien qu'éthique puisque, par hypothèse, le sujet testé se situe hors de cette norme référentielle. Confrontons-nous à ces difficultés et afin de ne pas nous laisser cantonner à la seule polémique à laquelle la dichotomie culture et nature nous renvoie immanquablement, étayons-nous sur les dernières recherches en psychiatrie transculturelle, linguistique ou psychologie interculturelle du développement. L'inventaire des outils utilisés aujourd'hui en France (Castro et coll., 1996) établit que les tests d'intelligence les plus utilisés par les psychologues sont les WISC (*Wechsler Intelligence Scale for Children*), WAIS (*Wechsler Adult Intelligence Scale)*, WPPSI (*Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence*), Brunet-Lézine et K-ABC (*Kaufman Assessment Battery for Children*). Une situation analogue fut constatée en 1992 aux États-Unis, où l'on note toutefois une

plus grande utilisation des matrices progressives de Raven et du Stanford-Binet. La caractéristique de tous ces tests, à l'exception du K-ABC, est d'avoir été conçus il y a plus d'un demi-siècle et d'être tous, sans exception, fruit de recherches européennes ou nord-américaines, standardisés et étalonnés pour des populations d'origine culturelle occidentale.

Ce qu'évaluent les tests : problèmes méthodologiques

Le constat que les tests cognitifs étaient saturés en données et représentations culturelles fut fait dès les années 1940 et l'on entreprit alors divers travaux pour y remédier. Cattell puis David et Eells envisagèrent la construction d'instruments de mesure dits *culture free*, c'est-à-dire indépendants des facteurs culturels. Selon ces auteurs, une telle démarche nécessitait la suppression des items verbaux, de l'exigence de rapidité et de savoir-faire qui ne peuvent être acquis que dans certains groupes sociaux. Le test de David et Eells s'avéra être un échec et seul le test de Cattell se trouve aujourd'hui encore utilisé : dit aculturel, c'est un test de raisonnement non verbal fortement corrélé au facteur g. Cependant, la suppression des références linguistiques ne suffit pas à effacer les références culturelles et nous le verrons, la perception est, elle aussi, le fruit d'une culture. On peut de surcroît observer que des tests *culture free* ne peuvent exister par définition, puisque, comme nous l'avons vu, les tests sont étalonnés d'après un échantillon représentatif d'une population, donc d'une culture.

Inversement, en collaboration avec des anthropologues, certains chercheurs entreprirent la conception de tests *culture fair*, spécifiques à un groupe culturel déterminé. C'est ainsi par exemple que furent créés un Binet-Simon libérien pour la société Kpelle ou le « 10 items *Original Australian Intelligence Test* », questionnaire basé sur la culture de la communauté aborigène qui recèle des items relatifs aux mois lunaires ainsi qu'aux théories étiologiques relatives à la mort. De tels tests ont le mérite de souligner combien les épreuves occidentales font peu de cas de l'univers logique propre à d'autres cultures mais, en dehors de la question de leur validation, se pose celle de la pertinence de tests spécifiquement conçus de manière à être saturés en facteurs culturels non occidentaux. De surcroît, une telle démarche interdit toute comparaison interculturelle, c'est ainsi que le Binet libérien précité ne permet d'évaluer que le groupe Kpelle.

Si nos outils d'évaluation usuels semblent de prime abord appropriés à notre seule culture occidentale, il nous faut étudier plus précisément leur pertinence transculturelle et en définir les biais culturels afin d'atténuer leur portée auprès des migrants et enfants de migrants. L'inadaptation de nos tests à des sujets non occidentaux, le poids actuel de nos sciences de

l'éducation, elles-mêmes majoritairement occidentales, ne doivent pas nous faire oublier que diverses recherches (Moro, 1994) ont défini une vulnérabilité spécifique chez certains de ces patients, fruit de leur histoire et de leur parcours migratoire. Les difficultés rencontrées par certains enfants de migrants dans le domaine de leur structuration psychique ou perception temporospatiale peuvent conduire à des troubles du développement cognitif, à une adaptation malaisée à notre univers social et pédagogique, autant d'écueils qu'il est impératif de prendre en compte dans la démarche de soins qui est la nôtre.

Approche psychométrique : le concept d'intelligence

Dans les pays occidentaux, le concept même d'intelligence, dont les tests que nous détaillerons ultérieurement s'attachent à déterminer la variabilité interindividuelle, a toujours fait débat. Historiquement se sont opposés les tenants d'une intelligence unidimensionnelle et ceux pour qui elle était multifactorielle. Les subtests composites s'attachant à évaluer des domaines cognitifs aussi divers que le langage, la mémoire ou le raisonnement renverraient à une capacité, un facteur général, dit facteur « g » découvert par Spearman, une dimension unique mesurée par le QI. De son côté, Thurstone considérait l'intelligence comme multifactorielle car reposant sur de multiples aptitudes indépendantes que l'on devrait donc apprécier par une batterie de tests. Cette dichotomie a laissé place à un modèle hiérarchique de la structure factorielle de l'intelligence dont Cattell et Horn ont distingué le caractère « fluide », faisant peu appel aux connaissances acquises, de la forme « cristallisée » liée à l'éducation, à la structuration de la mémoire et saturant principalement les tests verbaux. De même fut mis en évidence le facteur d'intelligence visuospatiale, les performances aux tests spatiaux semblant liés à la qualité des représentations spatiales plus qu'à la vitesse d'exécution des processus. Cette modélisation factorielle est aujourd'hui elle aussi questionnée : le facteur « g » est-il général à toutes les formes d'intelligence et qu'advient-il de lui lorsqu'il est confronté à la théorie des intelligences multiples ?

Les définitions de l'intelligence : des intelligences multiples

Binet et Wechsler stipulaient tous deux que l'intelligence était indéfinissable en elle-même. Selon le premier, l'intelligence ne pouvait se constater que par sa genèse chez l'enfant, ses degrés étant les âges successifs du développement mental. Wechsler ne se situait plus dans cette perspective développementale et ses échelles permettent de comparer les résultats d'un sujet à ceux obtenus par d'autres sujets de sa classe d'âge, ce qui revient non pas à

opérer le calcul de l'intelligence, mais à donner un classement en indiquant le rang occupé par le sujet dans une population.

Reprenant en 1966 l'approche de Binet, Zazzo développa le principe d'une amélioration des performances avec l'âge et la NEMI (nouvelle échelle métrique d'intelligence) permet de calculer le QI obtenu par le rapport entre âge mental et âge réel. La théorie de Zazzo présupposerait l'indépendance réciproque entre les processus de développement, la maturation fonctionnelle, et ceux d'apprentissage. Ces notions d'âge et de stades de développement apparaissent centrales et seront questionnées, nous le verrons, par les chercheurs en psychologie interculturelle, dont au premier chef Dasen, qui fut un des proches collaborateurs de Piaget. Confrontés à la difficulté épistémologique de définir le concept d'intelligence, certains choisissent d'éluder ce terme, préférant ceux d'« activités mentales » et de « cognition » tandis que d'autres évoqueront le concept général de « compétence ». Dans son ouvrage de référence, Huteau (2001, p. 11) nous précise qu'en 1997, 52 psychologues « spécialistes de l'intelligence » dont quatre seulement n'étaient pas américains, mais de nationalité canadienne, anglaise et irlandaise, en formulèrent cependant une définition : l'intelligence serait selon eux « une capacité mentale très générale qui implique l'habileté à raisonner, planifier, résoudre des problèmes, penser abstraitement, comprendre des idées complexes, apprendre rapidement et à partir de l'expérience » (Gottfredson et coll., 1997, p. 13). Gibello (1984), quant à lui, ne pense pas l'intelligence en termes de performance et son concept de « contenants culturels », partagés par tous les membres d'un groupe culturel et sur lesquels viennent s'étayer les processus de pensée, pourrait aider à la compréhension des anomalies du développement cognitif chez les enfants en situation migratoire.

Cette référence à la notion de culture, éludée dans la notion classique d'intelligence, est actuellement prise en compte dans les concepts nouveaux d'intelligence sociale, émotionnelle ou pratique. Binet lui-même prenait en compte l'intelligence émotionnelle avec le test « Description de gravures » utilisé dès 1893 dans une perspective de psychologie différentielle. S'appuyant sur les descriptions fournies, il distinguera ainsi les sujets « observateurs », les « émotionnels » et les « érudits ». Binet préférait ce subtest à tous les autres, le jugeant susceptible de donner des indications psychologiques précieuses sur la manière de percevoir et d'interpréter. Zazzo intégrera lui aussi le subtest « Gravures » dans la NEMI : trois images sont proposées aux enfants dont la première figurant un homme et un petit garçon tirant une charrette, et sont considérées de niveau supérieur, les réponses non pas de simple description mais d'interprétation telles que « Des gens qui quittent leur pays » ou « C'est la guerre, ils s'enfuient, » « Des réfugiés »… Gardner (1983) identifiera de son côté sept formes d'intelligence considérées comme indépendantes : logico-mathématique, langagière, spatiale, musicale, kinesthésique, interpersonnelle et intrapersonnelle. En situation transculturel-

le, le cadre théorique des représentations sociales (Jodelet, 1989) permet l'étude de ces dernières formes d'intelligence, que n'explorent plus désormais les tests classiquement utilisés. Mundy-Castle (1974) a introduit la distinction conceptuelle existant dans certaines populations africaines entre composante technologique et composante sociale de l'intelligence, la première valorisant les capacités cognitives telles que raisonnement et mémoire et la seconde privilégiant les rapports interpersonnels. Comme le réaffirme Bame Nsamenang (2006), la conception africaine de l'intelligence ferait une large place à des programmes participatifs incluant vie culturelle et économique de la famille, programmes assignant des tâches appropriées à des stades de développement et dans lesquels la connaissance n'est pas séparée en disciplines distinctes. Chez les Tetela, population bantoue, les représentations sociales de l'intelligence s'organisent ainsi autour de deux termes différenciés : *lomba*, correspondant aux aspects sociorelationnels et impliquant l'aptitude à mener une vie familiale stable ainsi que le sens des responsabilités, de l'harmonie dans les relations interpersonnelles, la sagesse et le discernement tandis que *yimba* correspondrait à l'aspect cognitif (Wendenda Ahondju, 1999). À l'inverse, Dasen (1984) observe que chez les Baoulé, c'est un concept unique d'intelligence, *n'glouèlé*, qui regroupe non seulement les notions de capacité d'attention à l'école, de rapidité d'apprentissage et de faculté de mémorisation, mais aussi celles de respect et d'obéissance. L'intelligence serait ici composée d'éléments collectivistes et individualistes, les aspects cognitifs et scolaires, plus technologiques, n'étant qualifiés de *n'glouèlé* qu'à la condition d'être mis au service du groupe social.

L'un des cadres théoriques utilisés en psychologie interculturelle du développement est celui de « niche développementale » proposé par Super et Harkness (1997) qui identifient trois composantes interagissant entre elles et avec l'enfant en développement : les contextes physiques et sociaux dans lesquels se trouve l'enfant, les pratiques éducatives et les ethnothéories parentales. Ces dernières sont les représentations de sens commun qu'ont les adultes à propos de l'enfant, la chronologie des étapes attendues de son développement, les aptitudes et le comportement qui seront exigés de lui, l'ensemble de ce qui est considéré comme important dans une société donnée. Au rang de ces ethnothéories, l'on trouve au Maroc la notion centrale de « sagesse sociale », laquelle fait référence à la capacité individuelle de maîtriser ses passions et de se conformer à l'ordre social et moral du groupe. Les comportements éducatifs découlent de ces théories parentales, verbalisées ou implicites, et influencent eux-mêmes la réussite de l'enfant. Dans un contexte migratoire et afin qu'ils connaissent la réussite scolaire, les parents vont bien souvent attendre de leurs enfants qu'ils se conforment aux idéaux éducatifs de l'enseignement occidental, lequel favorise préférentiellement autonomie et indépendance. Dans un double mouvement, ils leur demanderont également de respecter les règles d'éducation en vigueur

au pays où eux-mêmes ont grandi. Or, les ethnothéories de l'intelligence peuvent ne pas concorder avec les études occidentales portant sur le développement cognitif de l'enfant. Dasen (*ibid.*) précise ainsi que lorsque son équipe demanda à des adultes Baoulé d'évaluer un groupe d'enfants selon leur *n'glouèlé*, les corrélations avec les performances à des épreuves piagétiennes étaient dans l'ensemble proches de zéro et même significativement négatives en ce qui concerne les épreuves spatiales, ce qui, selon l'auteur, illustre bien la valorisation culturelle différente de ces domaines.

Par ailleurs, les études en anthropologie de l'éducation (Ogay et coll., 2002) démontrent que parallèlement aux théories parentales se développe la culture scolaire. L'école véhicule en effet sa propre culture composée d'éléments explicites, comme le programme officiel, aussi bien qu'implicites au premier rang desquels on trouve en France la référence constante faite par les enseignants à la valeur accordée au temps, à la vitesse d'exécution des exercices ainsi qu'au respect des horaires, autant de signes d'efficience allant de soi dans nos sociétés postindustrielles. L'école est également un champ privilégié pour l'observation des biais dans les attributions sociales, influencées par les identifications et le besoin inconscient de valoriser son propre groupe d'appartenance. C'est ainsi que les enfants perçus par l'enseignant comme ne faisant pas partie de son groupe donneront lieu à une attribution externe : si leurs résultats sont positifs, le comportement est expliqué par des causes externes, chance ou hasard : « Cette fois, il a eu de la chance ! ». À l'inverse, s'ils sont négatifs, il y aura attribution interne : le comportement est expliqué par les caractéristiques propres supposées de l'enfant (« Il ne s'intéresse pas aux études »).

Tous ces filtres perceptifs, ces définitions multiples de l'intelligence nous montrent que les méthodes d'évaluation psychométrique de patients en situation migratoire, ainsi que l'interprétation des résultats nécessitent un décentrage de la part du clinicien testeur qui devra être en mesure d'apprécier le rôle joué par le codage culturel tant dans le développement cognitif lui-même et sa chronologie que dans l'expression des acquisitions intégrées par le sujet testé.

Comparaisons interculturelles du fonctionnement cognitif

Compétence et performance

L'interrogation qui est la nôtre est celle de savoir si des différences dans le fonctionnement cognitif peuvent être mises en relation avec des différences interculturelles. La comparaison interindividuelle que réalise l'actuelle modélisation de la psychométrie repose sur le postulat qu'existent des universaux et des invariants dans le développement et le fonctionnement

cognitif. La psychologie interculturelle s'est particulièrement attachée aux études comparatives du développement de l'enfant et aux stades décrits par Piaget. Ces recherches (Dasen, 1998) concluent que les processus cognitifs de base sont universels mais s'appliquent selon les contextes à des contenus différents selon ce qui est valorisé et ce qui est adaptatif dans chaque culture. Une distinction primordiale serait la différence entre le niveau structurel, celui des compétences, et le niveau du comportement observable, celui de la performance. Il y aurait des différences interculturelles dans le domaine des compétences cognitives, différences qui ne porteraient que sur le rythme, et donc l'âge d'acquisition, un enfant développant principalement et en premier lieu les aptitudes cognitives qui lui sont utiles. De même, le développement perceptif serait étroitement lié à l'environnement. L'influence du milieu culturel se marquerait donc à la fois dans le rythme de développement au niveau de la compétence et sur l'actualisation de celle-ci en performance. Ainsi, le constat fut fait par Berry (1971) d'une plus grande capacité de discrimination des enfants Inuit comparés à une population enfantine de Sierra Leone dans l'épreuve des cubes de Kohs, variabilité qui serait due à l'uniformité de l'environnement géographique des Esquimaux les contraignant à développer finement leurs perceptions visuospatiales. La conséquence au niveau des performances est qu'un processus cognitif peut sembler absent à une étape de la vie d'un enfant d'une culture donnée alors qu'il est simplement « en attente » de développement. L'on comprend les implications que ces variations peuvent avoir en situation d'investigation psychométrique puisque les tests d'intelligence évaluent les performances d'un sujet par rapport à son groupe d'âge.

Les langages de l'espace

Plusieurs études (Wassmann et Dasen, 1996) ont porté sur la relation entre développement du langage et orientation spatiale, ce qui nous importe spécifiquement car les tests d'intelligence occidentaux comportent tous des épreuves d'encodage spatial. L'une de ces recherches met en évidence que la langue balinaise permet l'utilisation de trois cadres de référence spatiaux : les descripteurs peuvent être égocentrés (relatifs au corps du locuteur, ex : droite/gauche), exocentrés (relatifs, se référant à la position d'un objet par rapport à l'autre, ex : l'un à côté de l'autre) ou bien géocentrés (indépendants du locuteur ou de la position d'un autre objet et contingents à un élément lointain du milieu environnant). Les langues indo-européennes utilisent les deux premiers, l'encodage relatif étant considéré en occident comme le système naturel et universel alors que le Balinais privilégie très nettement le troisième référent qui consiste en un axe principal « vers la montagne/vers la mer » et un axe orthogonal à celui-ci.

Ce système d'orientation spatiale absolu qui consiste à ne pas se situer à partir des repères fondamentaux que sont les axes du corps humain ni

relativement à la position d'un objet précis nous apparaît d'une grande complexité car il n'est pas uniforme ni immuable et peut s'inverser complètement selon la topographie de l'île. Cependant, la passation d'épreuves spatiales de type piagétien montre que les enfants balinais de 4 à 9 ans utilisent systématiquement un langage et un encodage géocentrés. Les résultats de cette recherche, confirmés par les études ultérieures, ne concordent pas avec les théories occidentales du développement cognitif, celles de Piaget et Inhelder (1948) ou de Taylor et Tversky (1996) selon lesquelles l'espace se construit d'abord à partir du corps propre pour passer dans un second temps vers un système décentré. Une autre étude (Cottereau-Reiss, 2000) portant sur un échantillon d'enfants kanaks rend compte de l'influence des systèmes culturels de représentation de l'espace sur le processus de décentration impliqué dans la structuration spatiale. L'hypothèse de son auteur est que « les associations sémiotiques déterminent les organisations locales et que la structuration de l'espace doit être envisagée à partir des connaissances fonctionnelles qui se construisent dans des domaines d'exercice familiers » (*ibid.*, p. 160) Dasen et coll. (2006) évoquent également l'influence des pratiques religieuses sur le système d'orientation spatiale d'enfants indiens. Les pratiques apprises dans les écoles sanskrites mettent l'accent sur les points cardinaux et l'importance sacrée de la direction de l'Est. A été fait le constat que les enfants fréquentant ces écoles sanskrites n'utilisent jamais d'encodage égocentré, contrairement à des enfants suivant l'enseignement en hindi. Les auteurs précisent (*ibid.*, p. 156) que les enfants qui grandissent dans un milieu où le système géocentré est la norme adulte y sont exposés très tôt et l'acquièrent au niveau conceptuel avant de pouvoir l'exprimer verbalement, qu'il s'agit là non pas d'un renversement des stades de développement décrits par Piaget mais « d'un chemin de développement différent, ne dépendant pas seulement du langage mais de facteurs, écologiques, culturels, religieux, sociaux et linguistiques qui forment ensemble le macrosystème entourant une niche de développement particulière ».

Par ailleurs, lorsqu'il s'agit d'étudier une variabilité intergroupes, nous devons nous demander si la norme qui servira de référence pour le groupe étudié est de caractère externe ou interne, deux conceptions qui opposèrent les anthropologues Radcliffe-Brown et Evans-Pritchard. Se placer en observateur extérieur, utiliser des tests élaborés dans une société occidentale, en appliquer les normes et les critères de cotation à une société culturellement différente est un mode d'approche externe qualifiée d'*étique* par le linguiste Pike (1966). Cette position pose la société occidentale comme référent unique et absolu. À l'inverse, l'approche interne, dite *émique*, construit son instrument d'observation à partir du groupe culturel étudié. Faire passer des tests en situation transculturelle nous confronte à l'impossibilité d'opter pour la première approche, dite de l'« absolutisme intégral » ou pour la seconde, celle du « relativisme culturel radical » : s'il nous faut nous

référer à la norme culturelle des sujets migrants, à partir de nos instruments d'évaluation, ce ne pourra être que dans une démarche émique modérée et nuancée car ils vivent désormais dans notre société, à laquelle ils doivent s'adapter et qui infiltre et influence déjà leurs processus de pensée. Les tests utilisés en France sont très majoritairement de conception nord-américaine et qu'il s'agisse ou non de tests verbaux, bien au-delà de leur traduction en français, se pose dans une perspective transculturelle, la question fondamentale de leur *équivalence*, la question de la variabilité interlangues.

Du relativisme linguistique au paradigme universaliste

La traduction d'un test en plusieurs versions linguistiques, sa validation transculturelle reposent sur l'idée que ledit test fait appel aux mêmes opérations mentales, quelle que soit la langue qui le véhicule, qu'il présente le même niveau de difficulté et requiert les mêmes stratégies cognitives. La variabilité interlinguistique ne jouerait donc pas sur le système cognitif, position théorique majoritairement partagée aujourd'hui mais contraire au principe de l'anthropologue Sapir et du linguiste Whorf selon lesquels les propriétés de la langue reflètent directement les processus cognitifs, Sapir considérant le langage comme classificateur et organisateur de l'expérience sensible. Selon cette hypothèse, les langues sont des systèmes formels complets et créatifs qui structurent le réel et le monde ne serait perçu individuellement que par le filtre de la langue (Sapir, 1985). Les langues détermineraient notre manière de voir le monde et nous enfermeraient dans des systèmes conceptuels incommensurables. Devant une même situation, les locuteurs de langues différentes pourraient avoir une interprétation divergente des faits observables car, selon cette construction théorique, la réalité est conceptualisée à travers les catégories linguistiques. Ce sont les études sémantiques relatives à la désignation des couleurs qui se trouvent à l'origine de cette hypothèse dite du « relativisme linguistique ».

Whorf (1956) affirma quant à lui que les Indiens Hopi parlent une langue ne contenant aucun mot, aucune forme grammaticale relatifs aux passé, présent ou futur ou à la notion de durée et de permanence et se référant donc à notre conception du temps. Whorf en conclut que les concepts considérés comme fondamentaux tels que le temps et l'espace ne sont ni innés ni universels. Un autre chercheur (Malotki et coll., 1983) est venu battre en brèche l'affirmation de Whorf en mettant en évidence que la langue hopi utilise des métaphores temporelles, dont un verbe incluant la notion de temps que le français peut traduire par « en venir à » tandis que Rosch (1978) a repris les travaux sur la couleur pour conclure que c'est l'environnement qui guide la cognition et non le langage… Par ailleurs Chomsky (1971) postula une grammaire générative universelle et l'existence d'invariants dans l'ensemble des langues. Il conviendrait de distinguer le langage en tant que fonction, pour lequel le système cognitif serait équipé de manière innée et la

langue elle-même que l'enfant acquiert par apprentissage suivant un système de contraintes. L'hypothèse de la modularité de Fodor (1986) repose également sur l'idée que les concepts eux-mêmes sont des invariants. Selon cet auteur, le mentalais serait un langage propre au système cognitif, quelles que puissent être les diversités linguistiques et culturelles. Cette conception de la variabilité interlinguistique comme indépendante de la cognition est aujourd'hui la plus largement partagée et l'hypothèse de Sapir et Whorf, très attaquée par les cognitivistes pour lesquels le langage est une fonction biologique universelle, trouve aujourd'hui peu de partisans.

À l'inverse, la variabilité linguistique se trouve, pour d'autres chercheurs, liée au traitement langagier. C'est ainsi que le modèle fonctionnaliste représenté par Hickman (2000) souligne que l'ordre d'acquisition des fonctions langagières est influencé par la variabilité linguistique : l'acquisition plus ou moins précoce de concepts fondamentaux tels que le temps et l'espace varierait avec la structuration de ces concepts dans différentes langues. Une étude récente va à l'encontre à la fois de la conception innéiste et de l'hypothèse de Sapir et Whorf. Réalisée à Katmandou et portant sur le bilinguisme, cette recherche (Niraula et coll., 2004) compare des enfants népalais scolarisés en anglais et d'autres scolarisés en népali. Selon la théorie du relativisme linguistique, les auteurs escomptaient que les enfants anglophones utilisent un langage et un encodage spatial égocentrés. Or, les résultats furent à l'opposé : l'utilisation du langage égocentré était minime alors que le langage et l'encodage géocentrés prédominaient dans les deux groupes. L'auteur conclut que la socialisation dans le système d'orientation spatiale géocentré persiste malgré une scolarisation en langue anglaise, ce qui souligne, selon lui, le rôle joué par le macrosystème développemental.

La situation projective

Les épreuves projectives ont pour objet de déterminer et d'évaluer les caractéristiques du fonctionnement psychique, les aménagements défensifs, l'expression des conflits inter ou intrapersonnels d'un sujet donné. Sont traditionnellement distingués les tests projectifs thématiques, tel le TAT (test d'aperception thématique), et les tests dits structuraux comme le Rorschach qui s'attachent à l'aspect économique du fonctionnement psychique plutôt qu'à sa dynamique. La démarche diffère sur le plan linguistique : elle est syntagmatique pour les tests thématiques car il est demandé au sujet de composer un récit, alors que le décodage du matériel astructuré des tests structuraux est d'ordre paradigmatique. L'on s'aperçut très vite que les méthodes projectives étaient saturées en références culturelles tout autant que les tests d'intelligence. Madeleine Backès-Thomas (1982, p. 627) soulignera l'existence d'un mécanisme projectif d'ordre culturel : « En deçà

du monde privé que l'on avait capté jusque-là existait donc un monde culturel commun qui nous permettait de nous orienter inconsciemment. S'il fallait d'abord nous "reconnaître" culturellement pour pouvoir nous projeter subjectivement, c'était que des projections culturelles devaient obligatoirement donner un sens global aux situations perçues pour que puissent se déclencher les projections individuelles… Tout se passait comme si le matériel considéré ne devenait significatif qu'en deux temps ; signification globale culturelle, signification particulière individuelle ». Ainsi se posa en situation transculturelle la question de la sélection du matériel stimulus. D'un graphisme non figuratif, le Rorschach sembla d'emblée plus aisément transférable culturellement et la passation de ce test fut effectuée dès 1938 auprès d'Indiens Saulteaux. Kardiner (1939) étaya plus tard sa théorie de la « personnalité de base » sur les recherches en anthropologie culturelle, dont spécifiquement celle effectuée sur des populations océaniennes par Cora du Bois. C'est Henry (1951) qui inaugura l'usage anthropologique du TAT en cherchant à construire des planches conformes au symbole culturel de la culture étudiée : ainsi eut-il recours à un dessinateur indien pour les planches destinées aux « natives » nord-américains. De son côté, Ombredane porta ses recherches sur les populations africaines en constatant l'inadaptation du TAT occidental : « Pour que de telles images soient propices à l'effet projectif, les personnages qu'elles représentent en situation doivent être facilement assimilables au sujet qui sera soumis à l'épreuve, aux êtres familiers de leur entourage et aux êtres fantastiques qui peuvent occuper leur imagination » (Ombredane, 1969, p. 23). Fut ainsi conçu spécifiquement un TAT de 16 planches pour la population de l'ancien Congo-Belge, contenant de nombreuses références au maraboutisme. Du test initial de Murray, Ombredane ne conserva que trois planches, en créant d'autres adaptées à une culture privilégiant non pas la différenciation individuelle mais plutôt l'appartenance au groupe social. Sont explorés dans ce test les interdits sociaux, l'autorité des parents, des chefs, de l'oncle maternel, la maladie et la mort ainsi que l'attitude envers les ancêtres décédés. En outre y sont mises en scène des situations relationnelles entre Africains et Européens, lesquels ne pouvaient à l'époque n'être identifiés qu'aux colonisateurs, ce qui était de nature à biaiser fortement les fantaisies du sujet testé. Couchard (1999, p. 99) note que les thèmes y sont « assénés de manière caricaturale » et que « les personnages provoquent des identifications et contre-identifications à l'emporte-pièce ». Ces tests projectifs, spécifiquement adaptés à une population déterminée, sursaturés en représentations culturelles dépourvues d'ambiguïté, se révèlent souvent caricaturaux et laissent peu de place à la liberté projective. L'enjeu méthodologique se définit nettement : peut-on sélectionner une méthode projective, en modifier le protocole original afin de l'adapter à une population d'une tout autre culture tout en conservant le même système d'interprétation ?

Les biais en situation transculturelle

Nous l'avons vu, une évaluation par tests consiste à comparer la production d'un sujet testé à celle de la population d'étalonnage, c'est-à-dire les résultats de populations diverses sur une même échelle. Encore faut-il qu'il y ait équivalence des épreuves sur le plan linguistique et culturel. Dans cette perspective comparative, le concept de Fonctionnement différentiel des items (FDI), méthode d'étude des différences intergroupes, s'est révélé comme mode de démonstration de l'équivalence entre items. Comme le précise Vrignaud (2001, p. 89), « On est en présence d'un FDI lorsque dans deux groupes d'égale compétence, l'item n'est pas du même niveau de difficulté ». Selon cet auteur, le FDI serait l'effet d'un parasite qui va influer sur la réussite à un item en dehors de la compétence que le test a pour but d'évaluer. Nous pouvons en donner pour exemple une question relative à la capitale d'un pays d'Europe de l'Est, que des sujets de pays limitrophes connaissent à l'évidence mieux qu'un enfant sud-américain… Ce FDI se trouve donc dans la WISC-IV qui demande au subtest « Information » de nommer la capitale de la Grèce… Les biais sont loin d'être tous aussi manifestes et au niveau des différences éventuelles de performance intergroupes, le FDI est le plus souvent difficile à appréhender. Les études actuelles portant sur l'évaluation psychologique en situation transculturelle ont trait, pour la plupart, aux biais culturels contenus dans les tests. Ce point semble si sensible que l'ITC rédige nombre de guides à l'usage des psychologues aux États-Unis, en Afrique du Sud, Inde ou Grande Bretagne…

Un biais étant par définition la distorsion systématique d'une évaluation, il nous appartient de les identifier afin d'en limiter la portée.

Phénomène de prophétie autoréalisatrice

Les biais spécifiquement transculturels ne sont pas seuls à devoir être pris en compte. Nous pouvons également nous attarder sur la capacité qu'ont les attentes interpersonnelles à créer la réalité, laquelle se verra concrétisée par la performance ou l'échec. À la suite de Merton, Jussim (1986) a décrit comment les attentes d'un enseignant pouvaient influencer la réussite de l'élève par l'intermédiaire de prophéties autoréalisatrices, phénomène qui s'explique par le fait que les attentes de l'éducateur affectent le comportement de l'élève ainsi que le traitement de ce comportement de manière si prégnante qu'au bout du compte, le sujet obtient précisément les résultats initialement prédits par l'enseignant. Les enseignants étayent leurs attentes sur des indicateurs objectifs tels que la réputation faite à l'élève ou ses résultats antérieurs. Il est à noter que dans ce modèle de prophétie autoréalisatrice, ce ne serait pas tant les attentes elles-mêmes qui influenceraient l'élève mais plutôt le comportement de l'enseignant engendré par ces attentes.

Spécifiquement, les enseignants créeraient un climat d'apprentissage en se montrant rassurants envers un élève et agiraient sur son niveau de motivation autodéterminé selon que leurs attentes sont élevées ou faibles. Nous pensons que ce modèle théorique des attentes est en partie transposable à la situation de test. Qu'il en soit conscient ou non, un clinicien escompte, lui aussi, un certain résultat. Il connaît le motif de la venue du sujet ainsi que son origine socioculturelle et son attitude dépendra en partie de l'idée qu'il se fait *a priori* des ressources de ce dernier. Dans les tests Wechsler, la cotation de certains subtests fait appel à l'interprétation et certaines réponses « limites » seront cotées 0, 1 ou 2 points. Il appartient au clinicien de poser les questions supplémentaires pour comprendre le niveau de compréhension du sujet, tout comme il peut revenir sur un item auparavant échoué si le sujet réussit un item suivant. Les rappels de consigne, les encouragements dépendront également des attentes qui sont les siennes. Paradoxalement, une attitude vivement soutenante et fortement sollicitante peut, elle aussi, provoquer le repli ou le découragement chez un sujet qui constate alors que ce psychologue inconnu attend « trop » de lui et qu'il ne pourra se montrer à la hauteur de ses espérances. Le psychologue devra donc veiller à ses contre-attitudes et à leur manifestation, lesquelles peuvent constituer un véritable biais perceptif et fausser son évaluation.

Biais à considérer en contexte transculturel

Sur le plan transculturel, trois formes de biais culturels sont à prendre en considération : les biais de construit, de méthode, et d'items.

Biais de construit

Lorsque le concept à mesurer n'existe pas à l'identique dans les groupes culturels, on parle alors de *biais de construit* (*construct*). Ainsi, les épreuves projectives occidentales s'attachent à mettre en relief l'expression du conflit interpersonnel alors que les études récentes portant sur des sujets chinois (Kuo-Shu Yang, 2006) soulignent la réalité très actuelle de dévotion et sacrifice parentaux dans l'éducation de leurs enfants conduisant à un sentiment de dette de la part de ces derniers, tout comme demeure prégnante l'empreinte confucéenne relative à l'ordre et au respect des ancêtres, l'ensemble de ces facteurs rendant la libre expression des conflits intrafamiliaux très difficile à ces enfants. De même, le concept asiatique fondamental de « perdre la face » n'est par exemple jamais exploré par les tests de personnalité occidentaux.

Biais de méthode

Les *biais de méthode* ont trait aux relations entre psychologue et sujet testé. Un biais de méthode fondamental, nous semble-t-il, résulte

de l'implicite occidental selon lequel il va de l'intérêt de chacun de se montrer en toutes circonstances performant au plan cognitif. D'autres cultures considèrent l'intelligence comme l'un des moyens à utiliser pour jouer un rôle social déterminé. Une étude (Yang et Sternberg, 1997) souligne ainsi que les Chinois de Taiwan prennent en compte l'intérêt stratégique — considéré alors comme signe de sagesse — qu'il y a à montrer, ou non, son intelligence, selon le contexte et la fin poursuivie. Choisir de paraître ignorant en certaines circonstances se révélant alors signe de ruse et d'intelligence.

Un autre biais de méthode, qui se retrouve avec constance, résulte de l'appréhension occidentale de la situation duelle considérée comme un moyen privilégié de communication interpersonnelle, propice à instaurer proximité respectueuse, climat de confiance et confidentialité. À l'inverse, de nombreuses cultures privilégient le groupe et le sujet testé peut se sentir en danger dans un tel dispositif. Wechsler a ainsi envisagé la possibilité d'accepter, « en de rares occasions » non détaillées (Wechsler, 2005, p. 23), la présence d'un adulte accompagnant l'enfant pour faciliter la passation. Les divers modes d'interaction entre clinicien et sujet testé peuvent être sources d'incompréhension et contresens : se conformer aux normes de politesse régissant les relations entre enfant et adulte dans la culture du pays dont on est issu, comme ne pas regarder le psychologue en face ou recourir à des réponses très brèves, signe d'intériorisation des règles en vigueur au pays, peut en situation transculturelle être interprété de manière préjudiciable comme signant l'inhibition, la restriction ou une conduite d'évitement phobique. De même les signes de déférence du testé à l'égard du testeur, souvent supposé être d'une classe sociale supérieure, la « désidérabilité sociale » peuvent être compris comme autant de manifestations de conformisme et autres réponses plaquées.

Nous pouvons également observer des biais de méthode dans les modes de passation des tests. L'accent y est systématiquement mis sur la rapidité d'exécution d'une tâche et le chronométrage est là pour en attester alors que la performance temporelle reste beaucoup moins valorisée dans d'autres cultures où la notion même de « temps » peut avoir une tout autre importance ou signification. Chez les enfants occidentaux, l'usage intensif des jeux vidéo constitue en la matière un incontestable mode d'apprentissage. Les défauts dus à la conception même du stimulus sont autant de biais de méthode. Ainsi, les matrices progressives de Raven sont toujours présentées comme *culture fair*, cependant une étude transculturelle (Van de Vijver et coll., 1997) a mis en évidence une confusion dans la compréhension de la consigne et dans son exécution lors de la passation d'un test cognitif autrichien, assez semblable aux RPM. Alors que les élèves autrichiens exécutaient la tâche de gauche à droite, ce qui était la démarche escomptée par les concepteurs du test, les lycéens de culture arabe tentaient d'assembler

et compléter les figures géométriques de droite à gauche en raison du sens habituel de leur écriture.

Biais d'items

Les *biais d'items* enfin résultent de la difficulté de la traduction, de la pauvreté et de l'ambiguïté des termes et de l'utilisation d'un langage métaphorique. Ces biais d'items se retrouvent essentiellement dans les items verbaux. La validité des tests suppose une stricte équivalence des traductions. Traduire implique le passage d'un univers source, abritant un langage, une culture et un espace sémantique, à un univers cible homologue. L'utilisation d'instruments conçus dans une langue peut faire négliger dans la culture cible certains aspects spécifiques du phénomène que l'on étudie et amener à des conclusions basées sur des concepts trouvant leur pertinence uniquement dans la culture source. Une étude linguistique (Van de Vijver et coll., 1997) portant sur le K-ABC appliqué à des élèves d'origine nord-américaine et à d'autres d'origine mexicaine a ainsi démontré que 58 items verbaux sur 92 étaient biaisés.

L'enjeu de l'évaluation qui est le plus souvent une orientation définitive dans notre système scolaire, la confrontation nouvelle à l'étrangeté du matériel test, la découverte de problèmes à résoudre en un temps limité dans une langue autre que sa langue maternelle comptent parmi les biais de méthode les plus évidents et concourent à créer des conditions de stress pour le sujet testé.

Précautions à prendre en évaluation psychométrique transculturelle

La réussite d'un enfant migrant à un test psychométrique occidental apporte une donnée précieuse : elle est un excellent indicateur de la capacité d'adaptation de cet enfant à notre système de pensée et d'évaluation, de sa souplesse intellectuelle, de son dynamisme psychique ainsi que de la confiance qu'il peut en avoir en lui-même et dans le clinicien perçu comme *a priori* non hostile. D'autres vivront la même passation comme un moment d'angoisse où tout est propre à mettre en échec leurs capacités cognitives, à activer leurs mécanismes inhibiteurs. Le bilan psychologique doit avoir pour objet, dans une perspective dynamique, de tenter de cerner les points forts du sujet testé et de dégager ses stratégies prévalentes. Il s'agit donc de le mettre en mesure de mobiliser ses capacités cognitives et face à ses difficultés avérées, peut-être serait-il nécessaire d'inverser la démarche habituellement en usage : au lieu d'attendre à toute force qu'il s'adapte de prime abord à notre matériel, faire en sorte que celui-ci lui devienne familier et ces conditions une fois réunies, mesurer son efficience intellectuelle.

La question de l'apprentissage et de l'évaluation dynamique

Dans une perspective d'évaluation, il serait donc nécessaire de rendre commensurables des fonctions cognitives ayant eu à traiter et à se développer dans des univers culturels différents, et dans cette perspective, l'une des notions clef est celle d'apprentissage. Cette notion d'acquisition préalable d'un apprentissage est une question théorique sensible dans l'univers de la psychométrie. Pour Wechsler dont, nous le rappelons, les échelles sont les instruments psychométriques les plus utilisés en France, la situation de retest comporte le « risque d'un apprentissage » (Wechsler, 2005, p. 43). L'apprentissage conduirait à la négation même de la démarche psychométrique : pourquoi créer pour certains enfants des conditions de passation privilégiées puisque l'objet même d'un test est de comparer les résultats d'un enfant à ceux de tous les autres ?

Cette question n'est cependant pas nouvelle. Selon Rey (1934) une différence de performance entre deux personnes dans un test d'intelligence peut tout autant découler d'une réelle différence d'aptitudes intellectuelles entre elles que d'une différence dans les opportunités que leur histoire personnelle leur a fournies d'actualiser leurs possibilités intellectuelles ou de se familiariser avec le type d'exercice et de tâches proposées dans les tests d'intelligence. Il préconisait de faire porter l'évaluation sur la façon dont des individus placés dans des conditions identiques face à un dispositif inconnu d'eux vont développer un apprentissage de ce dispositif. Ombredane et coll. (1956) travaillant au Congo sur les matrices de Raven ainsi que Dempster (1954) établirent que les performances obtenues sont nettement améliorées par l'application répétée d'épreuves de raisonnement inductif, laquelle réduit sensiblement les écarts entre populations africaine et occidentale ; les sujets n'ayant aucune expérience de ce type de situation bénéficiant le plus des effets de cet apprentissage. Budoff (1987) a mis au point des épreuves d'évaluation dynamique pour tester des enfants nord-américains, noirs ou hispanophones, faisant ainsi suite aux recherches de Vigotsky (1978) qui définissait un niveau potentiel de développement cognitif.

La méthode dynamique cherche à familiariser le sujet avec la tâche que l'on attend de lui alors que les tests habituels, livrant le sujet à ses seules ressources, sont statiques et mesurent une performance dans l'instantané. Deux modalités sont envisageables : la procédure AT (aide au cours du test) ou la procédure TAR (test-apprentissage-retest) dans laquelle les performances du sujet sont évaluées à plusieurs reprises en même temps que lui sont données des explications sur la manière de résoudre le problème posé. Appliquées à des tests classiques, en particulier aux matrices progressives de Raven, elles permettraient de limiter le poids des variables culturelles pour les sujets en grande difficulté.

De son côté, Feuerstein (1983) a mis au point le Programme d'expérimentation instrumental (PEI) pour des enfants qu'il nomme « déprivés culturels ». Pariant sur la capacité de modifiabilité, il a proposé sa théorie propre sur les processus d'apprentissage dont la composante principale est la médiation. Pour lui, c'est l'entourage de l'enfant qui joue le rôle clef en s'intercalant entre le stimulus et la réponse, le médiateur humain qui filtre les informations, qui leur donne un sens et le transmet à l'enfant. Cette transmission offre à l'enfant un système de repérage qui lui permettra de structurer le monde extérieur. « Il ne s'agit pas seulement de fournir les habituelles valeurs culturelles ou sociales mais de créer et mettre en place des stratégies de pensée permettant la recherche de la signification, l'attribution d'un sens introduisant la notion de but à atteindre et faisant prendre conscience du chemin nécessaire pour y parvenir. » (Douet, 1988, p. 121). Le PEI se compose de 15 instruments dont le propos est le travail sur l'orientation spatiale, la perception analytique, les classifications, et même les relations familiales, ces dernières conduisant directement à une mise en œuvre de la pensée abstraite ou logicoformelle en abordant les notions de structure familiale. En situation de retest, c'est là encore la progression aux matrices de Raven qui est la plus prégnante. Le recours à l'apprentissage, si éloigné des préoccupations habituelles des praticiens des tests d'intelligence, apparaît comme l'un des remèdes les plus appropriés à l'existence des biais culturels. Les concepteurs du récent K-ABC l'ont posé comme postulat, en intégrant deux items d'apprentissage dans tous les subtests des processus mentaux, imités peu après par Wechsler lui-même qui, dans ses toutes récentes échelles, a introduit des items d'exemple ou d'entraînement (le mot apprentissage n'est pas employé) destinés à familiariser l'enfant avec une tâche nouvelle…

Le bilan psychologique en situation transculturelle

Étudions à présent, avec pragmatisme, les outils d'évaluation dont dispose actuellement un psychologue clinicien ayant pour tâche de faire passer un bilan psychologique complet à un sujet d'origine migrante.

Instruments d'évaluation classiques

Les tests d'intelligence

Les échelles Wechsler : WISC et WPPSI

Les échelles Wechsler sont au nombre de trois : la WPPSI pour enfants d'âge préscolaire, la WISC destinée aux enfants et adolescents et la WAIS pour les adultes.

WISC

Selon Wechsler, l'intelligence qu'il postule comme générale se mesure par certaines aptitudes et surtout par la combinaison de celles-ci ; ses échelles comportent donc de nombreux subtests variés donnant chacun un score individuel dont il faudra comparer les résultats entre eux pour une appréhension globale du fonctionnement cognitif. La publication en 2005 de la WISC-IV modifie sensiblement le regard que l'on pouvait porter sur l'échelle d'intelligence créée par Wechsler. L'échelle d'origine, révisée en 1974, puis en 1991, mettant en perspective différents éléments du fonctionnement intellectuel, fut conçue pour donner une évaluation globale de l'intelligence, quantifiée par une note globale de quotient intellectuel avec l'introduction d'une distinction entre QI verbal et QI de performance. La nouvelle version de la WISC abandonne cette catégorisation traditionnelle : sont à présent calculés indice de compréhension, indice de raisonnement perceptif, indice de mémoire de travail et indice de vitesse de traitement. Dix subtests principaux sont répartis selon ces quatre échelles, auxquels s'ajoutent cinq subtests supplémentaires. Les subtests cubes, code, symboles, complètement d'images, barrage et arithmétique sont chronométrés.

Les consignes de passation ont été simplifiées, ont été introduits des items d'exemple et un plus grand nombre de réponses appellent une question qu'il appartient au clinicien de poser afin de déterminer si le manque de vocabulaire n'est pas la cause de la mauvaise qualité d'une réponse initiale. Les concepteurs de cette échelle ont été sensibles aux critiques relatives aux biais culturels relatifs aux tests verbaux et le manuel précise que « La qualité des réponses se rapporte à leur contenu, non à leur forme ou à leur longueur. La note d'un enfant à un item verbal ne doit *jamais* pâtir d'une impropriété grammaticale… » (*op. cit.*, p. 43).

Cependant les biais culturels ne se résument pas à une mauvaise maîtrise syntaxique et l'analyse des subtests indique que ce qui pose problème est le passage d'une culture riche en logique et en sens à une autre, d'un univers sémantique à un autre. C'est ainsi que le subtest « Compréhension » se réfère à l'acquisition de conventions sociales, à l'intelligence cristallisée en renvoyant à la compréhension des normes sociales et parentales. À quelle vie sociale va se référer le sujet, celle de la France ou celle de son pays d'origine ? L'on sait par exemple que dans les cultures méditerranéennes, pays traditionnellement de droit oral, les obligations se fondent sur les accords verbaux et que le respect de l'engagement ainsi donné est capital. L'on peut donc trouver adapté qu'un enfant venu du bassin méditerranéen apporte à la question « Pourquoi dit-on qu'il faut toujours tenir une promesse ? » la simple réponse « Pour l'honneur. », réponse si codée culturellement, si pertinente et… si peu recevable pour les concepteurs de la WISC qu'elle fut répertoriée comme l'une des réponses cotée d'emblée zéro point. L'incompréhension nous semble totale lorsque question formulée et réponse

escomptée ne concernent à l'évidence que les concepteurs de tests vivant dans un pays économiquement dominant. S'il est vrai que nos états occidentaux sont préoccupés d'hygiène alimentaire et que celle-ci y devient un enjeu de santé publique, d'autres pays, dont ceux d'où viennent nombre d'enfants migrants, sont confrontés à un autre problème : celui de la malnutrition… C'est la raison pour laquelle il nous semble difficilement acceptable qu'à la question « Pourquoi devons-nous manger des légumes ? » la réponse « Pour se nourrir. » se voit attribuer zéro point.

Les résultats aux subtests non verbaux reflètent souvent un plus juste niveau chez les sujets maîtrisant mal les subtilités de notre langue mais n'en sont pas moins culturellement codés. C'est ainsi que le subtest « *arithmétique* » est à l'évidence corrélé aux programmes scolaires. Le subtest « *cubes* » considéré par Wechsler comme le meilleur de l'échelle performance, épreuve d'organisation perceptive et spatiale, permet la mesure de l'expression analytique et synthétique de la pensée conceptuelle. Il suppose une capacité à retrouver une forme globale à partir de divers composants, des capacités d'autonomie et une acquisition de repères propres, souvent mis à mal chez les migrants. Un échec à ce subtest peut être lié à une difficulté de séparation et à une impossibilité de s'étayer sur des représentations bien différenciées. Les jeux éducatifs occidentaux, tels que manipulation de cubes et puzzles constituent vraisemblablement un mode d'apprentissage pour ce type d'épreuve.

WPPSI-III

Cette échelle de Wechsler, conçue pour la période préscolaire et primaire et permettant d'évaluer les enfants de 2 ans 6 mois à 7 ans 3 mois, date de 2004 pour sa version française et a, elle aussi, connu de profonds remaniements. Elle introduit le quotient de vitesse de traitement pour les enfants de 4 ans ainsi qu'une note composite de langage pour tous. La WPPSI-III a cependant maintenu l'octroi de notes de QI dans le domaine verbal et de performance avec calcul du QI total. Là encore, la bonne maîtrise de notre langue conditionne l'obtention de points. Ainsi, au subtest « vocabulaire », la cotation de la question « Qu'est-ce qu'une chaussure ? » est particulièrement évocatrice : la réponse « C'est sur (pour) les pieds » est cotée zéro point, alors qu'un point est attribué d'emblée à la formulation américaine (et donc universelle ?) : « C'est des baskets » ! Les subtests destinés à calculer le QI « performance » n'échappent pas à la critique d'une épreuve occidentale conçue et standardisée pour des petits occidentaux car les subtests d'organisation perceptive demandent à être familiarisés avec notre mode de vie occidental. Ainsi au « complètement d'image », dans lequel il faut trouver la partie manquante de l'image, est figuré entre autres un patin à glace dont nous pouvons convenir qu'il est peu fréquemment usité en Afrique ou au Sri Lanka. L'enfant testé est cependant supposé observer qu'il manque la lame. Attardons-nous en

dernier lieu sur un subtest supplémentaire pris en compte pour le quotient « performance », dans lequel les notions de vocabulaire sont supposées ne pas interférer, l'épreuve dite « Assemblage d'objets » dans laquelle il est demandé à l'enfant de réunir les pièces d'un puzzle : la consigne de départ de l'item 2 commence par « Ces pièces forment un hot-dog… », l'enfant étant censé très bien connaître ce mets typiquement américain puisqu'il a pour tâche de le reconstituer en 90 secondes.

Présentées sous cet angle transculturel, les échelles Wechsler apparaissent peu adaptées aux enfants de migrants pour lesquels elles n'ont pas été conçues ni étalonnées ; elles n'en sont pas moins attrayantes pour les enfants et demeurent les plus utilisées en France. Il appartient au psychologue passateur d'en faire une interprétation, laquelle, au-delà des résultats chiffrés, devra souligner les ressources du sujet, les domaines spécifiques où il peut rencontrer certaines difficultés, susceptibles d'être contrebalancés par ceux où il sait se montrer efficient.

K-ABC

Alan et Nadeen Kaufman (1993) ont leur définition de l'intelligence qu'ils appréhendent comme un niveau de fonctionnement des processus mentaux. Ayant constaté qu'un milieu culturel défavorisé ainsi que l'appartenance à une autre culture peuvent être à l'origine d'un faible QI causé davantage par une pauvreté des expériences et des connaissances que par un faible niveau des aptitudes mentales, ils vont formuler leur intention de principe, peu fréquente chez les concepteurs de tests d'intelligence : pour eux, l'examen psychopédagogique débouche sur un projet pédagogique car le but de ce type d'examen est d'aboutir à un programme d'intervention pédagogique efficace. Publié en 1983 aux États-Unis et adapté en France en 1993, le K-ABC-I évalue le développement de l'intelligence des enfants de 2 à 12 ans. Il s'agit d'une batterie multitest qui va rendre compte des processus mentaux mis en œuvre par le sujet pour résoudre les problèmes qui lui sont soumis. Ce qui importe aux concepteurs de ce test, qui s'inspirent des travaux de Luria, est le traitement de l'information qui oppose deux processus : le traitement séquentiel et le traitement simultané. Le K-ABC-I évalue également les deux grands domaines traditionnels des échelles Wechsler : verbal et non verbal, tout en leur accordant une importance minorée. Sa passation se fait en temps libre sauf pour un subtest, éliminant ainsi le problème de la vitesse d'exécution et tous les subtests des processus mentaux commencent par un item d'exemple et deux items d'apprentissage. Afin d'éviter la contamination des processus mentaux par les connaissances, les échelles ont été nettement différenciées. L'accent a été mis sur la nature visuelle plutôt que verbale des stimuli. Certains subtests composent une échelle spécifique non verbale pouvant être employée pour des non-francophones : épreuves de mouvements de main, matrices analogiques, triangles, série de photos et

mémoire spatiale dont les consignes et les réponses peuvent être fournies en langue étrangère. En dépit du souci affiché de ses concepteurs, le K-ABC-I n'échappe pas au codage culturel : tel est le cas des subtests « matrices analogiques » ou « mémoire spatiale », pourtant classifiés hors du champ des connaissances acquises. Sur le plan théorique, l'apport essentiel du K-ABC est de mettre l'accent sur la compréhension de la nature de difficultés cognitives spécifiques, ouvrant ainsi à la possible remédiation envisagée par ses concepteurs.

Le K-ABC-II est à présent disponible en France. Y est introduite une nouvelle référence théorique : le modèle CHC, combinant le modèle multifactoriel de Cattell-Horn et le modèle hiérarchique de Caroll. Ce modèle théorique permet d'explorer mémoire à court terme, traitements visuels, mémoire à long terme, intelligence fluide et intelligence cristallisée. Fait notable, il appartient au clinicien de choisir entre ce modèle théorique et le modèle neuropsychologique de Luria qui explore processus séquentiels, processus simultanés, apprentissage et capacité de planification. Le psychologue devra donc opter pour un modèle de référence en fonction de la compréhension qu'il a de cette épreuve d'intelligence — d'où l'impérieuse nécessité d'une formation —, de sa sensibilité et, à l'évidence, de l'adaptation nécessaire du matériel choisi au sujet évalué. Le K-ABC-II propose en outre une échelle non verbale renforcée, apport notable en situation d'évaluation transculturelle. Cette nouvelle échelle permet de calculer trois notes globales : indice des processus mentaux, indice fluide-cristallisé et indice non verbal. La subtilité revendiquée par ses concepteurs parviendra-t-elle à faire du K-ABC-II l'instrument d'évaluation privilégié des cliniciens ayant à évaluer les migrants et enfants de migrants ?

Standard Progressives Matrices de Raven (RPM)

Les RPM ont pour avantage premier de n'être pas corrélées aux programmes scolaires, et de composer une épreuve faisant appel à l'intelligence fluide. Test factoriel non verbal construit à partir de figures géométriques dont il manque une partie qu'il faut compléter en sélectionnant des morceaux de figure proposés, il nécessite un raisonnement analogique et des capacités à découvrir une loi de composition. Les RPM sont très sensibles à la perception visuospatiale, et font appel à l'aptitude éductive, la capacité de donner sens à ce qui est confus. Saturée en facteur « g », ce n'est pas une épreuve de connaissances et à ce double titre elle est présentée traditionnellement comme un test indépendant des facteurs socioculturels.

Cependant, les RPM se sont révélées sensibles aux données environnementales : ainsi de nombreux travaux ont démontré que l'aptitude éductive est stimulée chez les enfants précocement impliqués par leurs parents dans la résolution à long terme de situations difficiles à caractère social, philosophique et moral : les enfants seraient alors confrontés à un processus à

la fois conceptuel et rattaché à l'action. Par ailleurs, des études récentes (Raven, 2001) montrent une variabilité culturelle et géographique. Les résultats les plus efficients sont constatés à Taiwan où les enseignants utilisent les RPM comme méthode d'entraînement scolaire, ce qui confirme que ce test est l'un des plus sensibles à l'apprentissage. Au plan transculturel, les difficultés de certains enfants à percevoir des figures discontinues comme partie d'un tout organisé pourraient être inférées de difficultés plus larges à délimiter contenant et contenu. Jumel (2004, p. 175) fait une analyse de ce test en rappelant que le sujet doit compléter une figure qui est incluse dans un cadre rectangulaire et dont les éléments sont organisés selon des lignes orthogonales. Portant sur des dessins non signifiants, il n'est pas exempt de déterminations culturelles manifestes. En effet, les figures à compléter se lisent de gauche à droite et de haut en bas, l'élément manquant étant situé en bas à droite. Elles reposent sur une composition orthogonale des axes horizontal et vertical et Jumel (*ibid.*) souligne qu'elles « incitent le sujet à lire la composition comme la page d'un livre ». Ainsi, les matrices de Raven s'ordonnent selon une logique cartésienne et notre système alphabétique alors que l'arabe, l'hébreu ou le japonais s'écrivent, se lisent et se conçoivent de tout autre manière.

Le dessin

L'analyse du dessin d'enfant ressort à la fois du domaine des tests d'efficience intellectuelle et de celui des méthodes projectives. Dès 1893 le dessin d'enfant fut appréhendé comme un outil d'investigation psychologique doté d'une valeur expressive et projective, permettant de surcroît d'évaluer la maturité affective d'un patient ainsi que son développement intellectuel. Furent progressivement créées diverses épreuves portant sur les réalisations graphiques de l'enfant se classant en deux catégories distinctes : d'une part, celles dites de reproduction, qui demandent à l'enfant de recopier un modèle, telle la figure complexe de Rey, et d'autre part les épreuves de production qui laissent l'enfant créer lui-même son dessin. Dans cette dernière catégorie viennent se classer les épreuves de dessin libre ou celles de dessin à thème parmi lesquelles on trouve, déclinés en diverses variations, le dessin de la figure humaine, le dessin de la famille, le dessin de l'arbre ainsi que celui de la maison.

Créé par Goodenough (1926), l'un des tests les plus anciens utilisés en clinique de l'enfant est le *dessin du bonhomme* dont il faut rappeler qu'il fut conçu et considéré non pas comme un test de personnalité mais comme le premier test formel d'intelligence donnant ultérieurement lieu à une corrélation au Stanford Binet ainsi qu'au WISC. Goodenough avait identifié 51 détails morphologiques dont la présence ou l'absence était à prendre en compte au moment de la cotation du dessin. Ce test interroge tant les aptitudes graphiques que cognitives d'un enfant, son fonctionnement

psychique que son développement psychomoteur. Il fut tout d'abord considéré comme *culture free* sans que l'on s'interroge sur ses normes de cotation comme s'il était établi qu'il n'existe rien de plus universel que la représentation humaine, laquelle ne donnerait lieu à aucun invariant. Cependant, dès 1950 fut étudiée sa validation auprès d'enfants africains et Dennis (1957) publia un article soulignant l'inadéquation des normes américaines appliquées à l'évaluation du QI d'enfants égyptiens et libanais, inadéquation conduisant à une sous-évaluation de l'âge mental de ces enfants pouvant aller jusqu'à 5 ans ! Des études entreprises en Alaska par Harris (1963), collaborateur de Goodenough, établirent que le dessin fait par des enfants Eskimo semblait en grande part influencé par la tenue vestimentaire des populations du pôle arctique. Ces enfants avaient tendance à moins représenter des parties du corps telles que cou, oreilles, ou épaules enfouies dans les épais anoraks de même qu'à figurer des personnages dont les proportions semblaient distordues (jambes et bras plus courts que la norme) en raison, selon l'auteur, de l'emmitouflage déformant la perception des silhouettes ; par ailleurs, ils accentuaient les parties les plus apparentes et exposées du visage : sourcils et nez. Songeons à cela en relisant les critères d'interprétation du dessin de la personne humaine répertoriés dans les divers ouvrages traitant de ce sujet… Harris en conclut que pour une meilleure validation, le test du dessin du bonhomme devait être restandardisé pour chaque groupe ayant un environnement, des modes de vie et d'habillement différents de la population de référence.

Diverses recherches internationales ont confirmé que les valeurs culturelles s'expriment à travers les dessins d'enfants. Nombre de ces recherches portent sur le dessin de la famille, test pour lequel seront plus spécifiquement analysées dans ces études : relations spatiales, distance entre les personnages, gradation dans l'ordre de la fratrie. Didellon et Vandewielle (1988) ont ainsi étudié le test du dessin de la famille dans un groupe de 200 filles et 200 garçons de 7 à 14 ans d'une école primaire de Brazzaville. Selon ces auteurs, en raison de la taille des familles africaines, 23 % des enfants ne se dessinent pas eux-mêmes et s'ils le font, ce n'est pas en premier lieu. Le père est représenté en premier dans 50 % et la mère dans 19 % des cas. La structure de l'unité familiale et les rôles parentaux se refléteraient dans les représentations que les enfants produisent dans ce test. D'autres chercheurs (Nutall et coll., 1988) établirent aux États-Unis une comparaison entre des écoliers venus de Chine et d'autres nés aux États-Unis : d'après cette recherche, les dessins d'enfants américains marquent individualisme et esprit d'indépendance à l'inverse de ceux produits par les enfants d'origine chinoise qui, par ailleurs, incluent systématiquement la figuration de leurs grands-parents. Concluons donc avec Kim-chi Nguyen (1989, p. 63) qui, reprenant la recherche de Buck sur le test House-Tree-Person, écrivait que la passation d'un tel test est « le lieu de convergence d'une multitude

de projections spéculaires, fantasmatiques, culturelles, étroitement liées au vécu du sujet, à la fois en tant qu'être sexué et qu'être socialisé ».

L'approche projective

Les tests projectifs utilisés actuellement le plus fréquemment auprès des enfants, des adolescents et des adultes sont sans conteste le CAT (*Children Apperception Test*), le TAT et le Rorschach. Notre interrogation sur la validité de ces tests en situation transculturelle revient à questionner plusieurs plans distincts : celui de leur mode d'administration, celui des normes de cotation utilisées, celui de leur interprétation et celui, très spécifique, de la nature même du stimulus proposé.

Dans la présentation du test *patte noire* (PN), autre méthode projective pour enfants, son concepteur (Corman, 1961, p. 25) écrivait : « Pour la majorité des sujets, le choix des images-stimuli n'est pas indifférent, chacune d'elles étant susceptibles d'amener à l'expression telle ou telle tendance de la *personnalité* ». Il précisait ensuite paradoxalement que le choix de l'animal d'identification lui fut « en grande partie dictée par le hasard » (*ibid.*, p. 43). Très peu d'études à ce jour se sont attachées à démontrer que la nature même de ce stimulus peut poser problème dans une approche transculturelle et tout se passe en ce domaine comme si le choix des images-stimuli était précisément indifférent. Le stimulus n'a pas à correspondre à la culture propre du sujet testé, à être artificiellement conforme à ce que l'on suppose lui être culturellement adapté, au risque d'entraver sa liberté projective ; il est néanmoins fâcheux que ce stimulus revête un caractère potentiellement inhibiteur sur le plan culturel. C'est ainsi que les nombreux travaux portant sur les méthodes projectives évoquent rarement un point important : les tests figuratifs portent en eux-mêmes une transgression majeure : celle de l'interdit de la représentation figurée, l'une des spécificités historiques culturelles de l'islam. L'interdit de la représentation de toute figure humaine et non pas seulement celle du prophète reste cependant aujourd'hui en vigueur dans la tradition sunnite, majoritaire en islam, prônée par les théologiens de l'université al-Azhar. Au-delà du point précis de cet interdit, nous verrons qu'en situation transculturelle les méthodes projectives les plus utilisées dans nos bilans posent toutes la question du choix du matériel proposé comme support.

Rorschach

Hermann Rorschach, médecin et psychanalyste de nationalité suisse, élabora ce test dont la théorisation fut achevée en 1920 et dont il fera une épreuve de personnalité. Dans une perspective psychanalytique, ce test pose la question des « rapports entre réel et imaginaire, perception et représentation, entre excitations externes et internes, entre dedans et dehors » (Anzieu et Chabert, 1995, p. 62). Il est composé de dix planches dont certaines achro-

matiques sont teintées en gris, noir et blanc et d'autres, chromatiques, présentent des taches d'encre couleur pastel ou comportant la couleur rouge. Ce test impose deux contraintes en deux temps : il faut d'abord imaginer à partir de ce que l'on voit et ensuite dire ce que l'on imagine. Non figuratif, le Rorschach est réputé être l'un des tests projectifs les moins saturés en représentations culturelles. Cependant, Rorschach lui-même différenciait les protocoles des habitants de Berne et ceux d'Appenzeller. Très récemment, Rorschachania (2006) a présenté une revue de la question de la validité de ce test en situation transculturelle en s'interrogeant sur l'universalité des normes. L'une des difficultés réside dans le fait que ces normes diffèrent selon les écoles.

En France, Beizmann (1966) établit une liste des critères de cotation. Aux États-Unis, dans un souci de normalisation et d'homogénéisation, Exner proposa les siennes, contenues dans le *Rorschach workbook* et le *système intégré*, de plus en plus répandu internationalement, contribue à multiplier les normes locales de référence. L'école française cherche à présent à réactualiser ses données normatives après avoir empiriquement constaté les changements survenus dans la population générale. Cette recherche (Azoulay et coll., 2007) portant sur des protocoles d'adolescents et de jeunes adultes se propose de manière innovante dans notre pays d'établir des comparaisons par sexe, tranches d'âge et catégories socioculturelles. Est-il besoin de préciser que les populations migrantes avec lesquelles nous travaillons vivent pour la plupart un quotidien difficile au plan socio-économique et figureront majoritairement dans les catégories socioculturelles défavorisées ? Les résultats obtenus seront publiés dans le *Nouveau livret de cotation des formes*. Il ressort de ce travail le constat de l'augmentation constante des réponses globales au détriment des réponses « détail », évolution qui pourrait s'expliquer par un changement produit dans l'activité perceptive, une attitude plus passive envers l'image. Par ailleurs, les chercheurs notent que le nombre de réponses fournies est bien inférieur dans la catégorie socioprofessionnelle défavorisée, ce qui signerait l'inhibition dont le caractère reste à identifier : inhibition intellectuelle, verbale, créative, etc.

Une autre recherche (Si Moussi, 2004) portant sur la production et les banalités dans les protocoles Rorschach auprès d'une population vivant en Algérie allait dans le même sens de la restriction. L'auteur utilise le livret de cotation de Beizmann et note un nombre spécifiquement important de refus de réponse à la planche VI, qu'il relie à la fantasmatisation autour de l'égorgement sacrificiel du mouton dans la culture musulmane. À la planche V, les banalités « papillon » et « chauve-souris » sont très présentes, comme dans les protocoles français. À la planche X, l'araignée et le scorpion — en raison, nous dit l'auteur, de la présence de celui-ci dans la vie quotidienne des Algériens — apparaissent comme des banalités culturellement significatives chez les adolescents et adultes. Après avoir souligné ces spécificités propres

aux protocoles algériens, l'auteur conclut que le Rorschach apparaît néanmoins plus universel que culturellement codé.

Deux dernières études nous semblent importantes car interrogeant l'impact de la migration ou de l'acculturation traumatique exprimé à travers les protocoles Rorschach. C'est ainsi que des chercheurs belges (Vercruysse et Chome, 2002) posent la question de savoir si tous les individus testés, quelle que soit leur culture, se laissent uniformément aller à imaginer ce qu'ils perçoivent sur les planches du Rorschach et si la consigne invitant le sujet à dire « tout ce qu'on pourrait voir dans ces taches » est adaptée à tous. Leur étude transculturelle cherche à objectiver l'existence d'éventuelles différences entre les attitudes culturelles de sujets belges et ceux d'origine maghrébine ainsi qu'à comparer la production de ces divers sujets sur le plan quantitatif. Le Rorschach a ainsi été soumis à 30 jeunes filles d'origine marocaine, nées et éduquées en Belgique, ainsi qu'à 15 jeunes filles d'origine belge, toutes étant âgées de 17 à 22 ans et poursuivant des études secondaires dans une école francophone de la région de Bruxelles. L'étude des protocoles des jeunes filles d'origine migrante indique certaines caractéristiques proches des études précitées. Se dégagent là encore une attitude transférentielle de forte inhibition et de refus d'engagement dans la passation, une faible productivité avec un nombre de réponses limité, un surinvestissement des réponses globales associé à un nombre limité de réponses « détail ». L'on sait qu'un nombre important de réponses globales indique que le sujet n'accomplit pas de travail de composition : ne pas percevoir les détails reviendrait à ne pas avoir à faire de mise en liaison de ces derniers. Les chercheurs notent également un faible niveau de réponses kinesthésiques majeures qu'ils interprètent comme des difficultés dans les capacités d'intériorisation, ainsi que comme un manque d'élaboration des conflits. L'analyse qualitative met en évidence d'importantes difficultés dans les possibilités de figuration et de maintien des représentations humaines. L'analyse détaillée montre que 27 % des jeunes filles d'origine maghrébine ne donnent aucune réponse humaine tandis que les autres fournissent des réponses témoignant d'une fragilité au niveau de l'intégration de l'image du corps ainsi qu'au niveau des choix identificatoires (réponses confabulées, représentations humaines partielles). Les réponses indiquent également une faible fréquence des représentations de relations et plus spécifiquement des relations humaines. Se dégagerait ainsi une difficulté à intégrer les mouvements pulsionnels et plus spécifiquement l'agressivité. Les auteurs de cette étude en analysent les résultats avec prudence et envisagent deux pistes de réflexion : la première s'intéresse aux conflits d'appartenance ainsi qu'aux exigences de réaménagement psychique chez des jeunes femmes confrontées à deux modèles culturels distincts pouvant engendrer une perte des repères identificatoires. La deuxième piste de réflexion revient à questionner, dans

un cadre transculturel, la pertinence de l'interprétation des protocoles Rorschach sur la base de normes établies pour des populations occidentales : les auteurs rappellent l'interdit musulman de la représentation de la figure humaine et font l'hypothèse que la relation duelle examinateur-examiné a pu renforcer l'inhibition fantasmatique des représentations humaines tout en expliquant le recours fréquent à des personnages mythiques. Notons que l'analyse des protocoles de cette recherche indique un faible écart type en ce qui concerne le nombre important de banalités émises par chacun des deux groupes. Ces banalités montreraient les capacités d'adaptation des jeunes migrantes à la société d'accueil, adaptation dont le revers serait ici la pauvreté du conformisme. « Voir les banalités, c'est voir ce que tout le monde voit ; il s'agit donc de conformisme social, de participation à la pensée collective. » (Anzieu et coll., 1961, p. 96)

Une autre étude récente (Salaun de Kertanguy, 2004) a été réalisée en Inde auprès de populations tribales Adivasi du Kérala, planteurs de thé immigrés de longue date dans cette région, non reconnus dans leur identité aborigène propre et aujourd'hui soumis à de profondes transformations traumatiques de leur milieu environnant. L'analyse des protocoles Rorschach de ces populations minoritaires soumises à un assujettissement grandissant montre un contrôle exagéré des affects et une attitude de distanciation freinant l'expression extériorisée. Les auteurs notent que l'état d'inhibition et de coartation de ces tribus permet également « l'élaboration d'interrelations simplificatrices ». Confrontées au reste de la population du Kérala, ces populations en danger sur le plan culturel et physique, soumises à une politique pressante d'hindouisation mettant à mal tant leur structure clanique que leur système de croyances, auraient recours au compromis adaptatif et adopteraient une position d'aconflictualité. Les auteurs concluent qu'il s'agirait là d'une « attitude défensive opérante… une nécessité de survie psychique, identitaire et culturelle » et estiment par ailleurs pertinente l'utilisation du Rorschach auprès de telles populations, à condition toutefois de prendre soin d'en redéfinir le contexte singulier.

TAT

Le TAT est l'un des dix tests projectifs les plus utilisés au monde et s'adresse à une population composée d'adultes, d'adolescents et d'enfants des deux sexes à partir de 8-9 ans. Cette épreuve conçue par Murray est composée de 17 planches au contenu manifeste sollicitant des représentations latentes. Trois planches représentent des paysages respectivement chaotique, boisé et non figuratif. De surcroît, une page entièrement blanche, à partir de laquelle le sujet doit raconter une histoire, requiert la capacité à structurer un objet interne. Les autres planches sont majoritairement riches en figurations occidentales évoquant le plus souvent un univers urbain propre à la *middle-class* américaine .

En situation transculturelle, l'usage de ce matériel occidental a été si contesté que de nombreux TAT, rarement d'inspiration heureuse, furent conçus expressément pour les populations locales. Il est vrai que le test de Murray soulève certaines questions sur le plan tant de la méthode que de l'interprétation. Cette épreuve va en effet explorer processus de pensée, mode de traitement des conflits et procédés rendant compte de la dynamique relationnelle du sujet. Le matériel conçu par Murray vient solliciter les capacités de déplacement et de symbolisation en même temps que la représentation de soi par le biais des capacités identificatoires. L'identification est, rappelons-le, ce « processus psychologique par lequel un sujet assimile une propriété, un aspect, un attribut de l'autre... » (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 187). L'on peut se demander si une jeune fille issue d'un contexte culturel traditionaliste parviendra à s'identifier à certaines de ces femmes si manifestement séductrices figurées dans ce test. La crudité du contenu manifeste de certaines planches du TAT lui laisse-t-elle par exemple la possibilité d'en reconnaître l'érotisme marqué ainsi que le bénéfice de la liberté projective ? En dépit du fait que le test de Murray préserve l'ambiguïté des personnages dont les traits sont souvent flous, parfois peu identifiables sur le plan générationnel et même sexué, ces planches semblent *a priori* figurer des liens et comportements régis par des systèmes de valeurs spécifiquement occidentaux et difficilement transposables à d'autres univers culturels. Rappelons cependant que Freud (1915) a posé comme universels les fantasmes originaires tels que scène primitive, castration et séduction constituant selon lui un patrimoine transmis phylogénétiquement.

L'un des axes structuraux du TAT repose sur la différence des générations et des sexes, le champ œdipien induisant une sollicitation pulsionnelle dont l'impact va activer les mécanismes de défense du sujet testé. Face aux planches de TAT, bien des jeunes filles migrantes pourront se trouver confrontées à un conflit de valeurs antagonistes et peiner à construire un scénario intégrant le double versant libidinal et agressif. Le psychologue peut lui-même faire fausse route dans l'interprétation des réponses données aux planches sollicitant plus spécifiquement la difficile intrication entre réalité externe et interne. La configuration œdipienne de la planche 2 mettant en scène trois personnages : une jeune fille ainsi qu'une femme et un homme plus âgés qu'elle, peut sembler difficile à élaborer. Là où est attendue une réponse soulignant le rapproché parental et l'éloignement de la jeune fille, cette image stimulus peut, dans un contexte polygamique, provoquer une réponse centrée sur la représentation de coépouses ; une telle réponse ne signifie nullement que la rivalité œdipienne n'a pas de réalité au plan psychique pour la personne testée chez qui elle peut, tout au contraire, se trouver exacerbée et nécessiter un mécanisme défensif tel que le déplacement.

La méthode complémentariste de Devereux (1972) qui pose le principe de l'universalité psychique et demande au clinicien de travailler obligatoirement et non simultanément sur le double discours anthropologique et psychanalytique, sur les deux niveaux culturel et individuel sans les confondre, trouve à s'appliquer ici. Dans l'analyse qu'il fera du protocole, le clinicien devra donc discriminer les projections individuelles et celles d'ordre culturel. Les données de l'organisation sociale régissant les relations interpersonnelles dans une culture donnée, le concept de famille élargie, ses système et structure de parenté, les rôle et statut respectif des père et mère, la place accordée au féminin, le groupe de descendance patri ou matrilinéaire rendant compte des liens entre oncle maternel et neveu utérin et en conséquence des modalités spécifiques du fonctionnement œdipien apparaissent ainsi à prendre impérativement en compte dans l'interprétation des protocoles de TAT.

Une recherche a spécifiquement étudié l'influence des variables socioculturelles sur le TAT chez des femmes de culture musulmane (Couchard, 1990). L'auteur fit passer à une centaine de femmes marocaines, tunisiennes et de Djibouti, un TAT comprenant 15 planches, 7 planches du jeu originel, 4 planches du jeu originel modifiées et 4 planches conçues spécifiquement pour cette étude. Dans son analyse des résultats, Couchard rappelle en premier lieu l'interdit de représentation dont elle se demande s'il est susceptible aujourd'hui encore d'avoir une influence persistante sur la création et la liberté de fantasmatisation tout en accentuant les pulsions voyeuristes et exhibitionnistes. L'auteur s'intéresse ensuite à la prégnance du modèle identificatoire maternel sur l'idéal féminin de pudeur et de soumission à l'autorité parentale et constate les spécificités des projections. Lorsque les femmes de cet échantillon se laissent aller à la liberté de dire tout ce qu'elles voient sur les planches, apparaissent des affects et des mouvements libidinaux très crus et désorganisateurs bien au-delà de ce qui est figuré. Tout en affirmant l'universalité de fantasmes originaires, l'auteur postule que si le TAT suscite l'expression des fantasmes individuels, la forme et les contenus pris par ces derniers sont fortement influencés par les facteurs socioculturels. C'est ainsi que « les modèles imposés à chaque individu par une culture, les codes sociaux, les interdits répétés et transmis de génération en génération, influencent les productions de l'imaginaire ainsi que les modalités des mécanismes de défense mises en place dans chaque culture pour gérer les conflits intra et interpsychiques » (*ibid.*, p. 39). Le même auteur (1999 , p. 102) rappelle que dans une étude ancienne, confrontés à la planche 1 qui figure un garçon devant un violon, certains Africains voyaient une pirogue à la place de cet instrument de musique en raison selon l'auteur de « l'inquiétante étrangeté » provoquée en eux par l'attitude pour eux insolite de ce jeune garçon qui leur faisait recourir, sur un mode défensif, à l'image familière d'une pirogue, réponse que la grille de dépouillement du TAT coterait comme une « fausse perception », signant une émergence en processus primaire.

CAT

Bellak, concepteur de ce test, le définit comme une méthode aperceptive, une méthode d'investigation de la personnalité par l'étude de la signification dynamique des différences individuelles dans la perception de stimuli standardisés. Il estimait que le CAT se rapprochait d'un test *culture free* et écrivait un peu candidement dans son manuel (Bellak et Bellak, 1954, p. 8) : « Pour les recherches et l'usage clinique, le fait que le CAT est relativement indépendant de la culture peut être utile. Puisqu'il s'agit de représentations d'animaux, on l'utilise aussi bien avec les enfants blancs que de couleur et d'autres groupes ethniques exceptés évidemment ceux qui ne sont pas familiarisés avec certains objets comme la bicyclette… ». Bellak faisait ici allusion à la planche 4 qui n'est cependant pas la seule à poser problème. C'est Ernest Kris qui est à l'origine de ce test projectif directement inspiré du TAT, composé de dix planches mettant en scène des animaux et destiné à des enfants de 3 à 8-10 ans. Kris fit observer à Bellak que les enfants s'identifieraient plus facilement à des figures animales qu'à des personnes. Ce recours à la figuration animale, en permettant le déplacement sur une figure non humaine, autorise l'expression des mouvements agressifs les plus crus et crée notamment les conditions de la mise à distance du conflit interpersonnel. Il est vrai que, selon la formule de l'anthropologue Tambiah (1969), « les animaux sont bons pour penser et bons pour interdire » mais ce parti pris conceptuel nous semble cependant à adopter avec nuance lorsqu'il s'agit de tester des enfants issus de cultures différentes dans lesquelles faire référence au monde animal est parfois loin d'être anodin. Soulignons en premier lieu que sur le plan formel et purement perceptif, ce test fournit des représentations propres à l'univers occidental. Les planches 5 et 9 nous semblent particulièrement illustratives sur ce plan. En effet la première figure une chambre obscure abritant un grand lit dans le fond avec au premier plan deux oursons dans un lit d'enfant alors que la planche 9 représente un lit d'enfant où est assis un lapin. La présence de ces petits lits séparés et à barreaux semble aller de soi. Cependant, nombre de sociétés connaissent le « sommeil partagé », enfants et parents dormant non seulement dans le même espace, mais dans le même lit. Mauss (1936) a distingué les « gens sans berceau » dont l'enfant dort contre le corps de sa mère et les « gens à berceaux » chez lesquels conceptions et pratiques relatives à l'intimité étant différentes, l'enfant dort éloigné de ses parents. Comme le souligne Stork (1999, p. 150) « Une telle prescription d'isolement s'oppose en tous points aux pratiques en usage dans la plupart des cultures extra-occidentales… Elle est considérée comme cruelle en Inde, en Chine et au Japon… » Ces planches du CAT dont le contenu latent a trait à l'angoisse de l'abandon et à la scène primitive suscitent donc un questionnement relatif aux représentations culturelles liées au partage de l'espace, aux pratiques du sommeil, au monde de la nuit, et donc bel et bien au réel de la séparation.

Lors d'une passation, un enfant répondit un jour à la planche 5 : « Le lit petit, il a des barreaux, c'est comme le zoo, ils enferment les animaux pour pas qu'ils partent. » La grille de dépouillement avait ici mis en évidence des procédés traduisant le recours à la réalité externe, un accrochage au contenu manifeste utilisé comme modalité défensive, une introduction de personnages ne figurant pas sur l'image, une dramatisation et une expression liée à une thématique agressive. Une analyse rapide aurait pu conclure que l'enfant avait soigneusement évité les sollicitations latentes relative au rapproché sexuel parental. Cependant, l'on peut penser que cet accrochage au percept « barreau » était en partie induit par son absence de familiarité chez cet enfant tamoul qui, depuis sa naissance, partageait le même lit que ses parents et ses deux frères et sœurs. Étaient néanmoins décelables dans sa réponse l'allusion *a contrario* à la présence du grand lit, l'isolement, l'enfermement avec l'impossibilité violente du retour au pays d'origine, le sentiment d'impuissance et d'abandon et pour tout dire le clivage.

Après ces réserves portant sur le décor occidental figuré sur les planches, l'on peut s'interroger sur la véritable neutralité du bestiaire choisi. Nous gardons en mémoire la réponse succincte fournie par un jeune garçon venu de République Centrafricaine devant la planche 8 figurant une famille de singes prenant le thé. « Les singes, chez nous, on les mange ! ». On peut lire dans cette réponse à la fois une tentative échouée de mise à distance géographique et une émergence en processus primaire, des fantasmes désorganisateurs de dévoration, d'engloutissement assez préoccupants. Aucune autre planche ne donnant lieu à une telle déliaison, l'ensemble du protocole révélant tout au contraire la capacité de ce jeune patient à mettre en scène les conflits au moyen d'un récit bien structuré, force est de constater que la réalité du pays qu'il venait de quitter depuis peu, où l'on mange effectivement de la viande de brousse, avait dû jouer un rôle prépondérant dans la réponse fournie… tout en lui offrant l'occasion de souligner qu'il ne se sentait pas encore « chez lui » en France ; il verbalisait également, avec un léger différé, la crudité fantasmatique suscitée par la planche précédente où figure un tigre sautant vers un singe…

Bellak (Bellak et Bellak, 1954, p. 12) lui-même précisait qu'au CAT l'enquête doit porter sur la part de réalité qui se rapproche le plus étroitement au contenu des histoires et qu'il est important de confronter les données produites au plus grand nombre possible de renseignements concernant la situation réelle. N'oublions donc pas cette recommandation du concepteur de ce test d'autant que ce parti pris du recours à la figuration animale ne nous semble pas suffisamment neutre en raison du fait que dans nombre de cultures « traditionnelles », l'animal, qu'il soit poulet ou chèvre, participe des techniques divinatoires, est objet de sacrifice et instrument médiateur entre ce monde et celui des puissances supranaturelles avec lesquelles on négocie. Le statut prohibitif du porc fut d'ailleurs pris en compte pour le

test de Corman, Pattenoire, dans lequel les enfants de 4 à 10 ans sélectionnent des planches afin d'imaginer une histoire dont le héros est un cochon. L'auteur a noté la signification péjorative s'attachant à cet animal pour les patients de confession juive ou musulmane, pouvant entraîner un refus systématique de s'identifier. A donc été conçue pour eux une version « PN – moutons », ce qui, loin d'éliminer la présence de l'élément sacrificiel que nous venons d'évoquer, l'amplifie tout au contraire pour les enfants musulmans.

Scénotest

Conçu par Gerdhild Von Staabs en 1938, ce test est tout à la fois une méthode diagnostique et un précieux outil thérapeutique dont un des atouts est de ne pas nécessiter de communication verbale. Il autorise le sujet à organiser une activité ludique dans un espace défini avec un matériel imposé très figuratif et permet l'exploration de l'organisation individuelle de la personnalité. Le scénotest peut apparaître désuet et peu attrayant de prime abord. En effet, le matériel n'a pas varié depuis l'époque de sa création. Cependant, celui-ci est riche : des marionnettes bien différenciées selon le sexe et les générations représentant adultes, enfants blonds et bébés ; des pièces figuratives : colonne Morris, arbres, voitures, chaise longue, animaux en bois, meubles, un train, une vache, un crocodile et un chien en peluche. L'ensemble configure un décor majoritairement très occidentalisé et suggère un mode de vie à l'européenne. Ce test est utilisable pour les enfants âgés de 3 à 10-12 ans et en situation transculturelle, l'ensemble de la séance peut se faire par la communication non verbale. « En autorisant le sujet à organiser librement de multiples incitations ludiques dans des conditions relativement définies et standardisées (…) tout en offrant un support d'expression (…) il constitue une épreuve projective à part entière » (Boekholt, 1998, p. 35). Le scénotest peut être analysé selon une grille de dépouillement rigoureuse d'inspiration psychanalytique qui dégage les procédés mis en œuvre dans la construction de la scène. L'on peut également prêter une attention particulière à certaines modalités du jeu propres à illustrer spécifiquement l'enjeu psychique que représente la migration. L'enfant est censé placer son jeu dans un cadre formel, un espace délimité : le couvercle de la boîte du scénotest et il est intéressant de constater le jeu de l'enfant avec ces limites qui mobilisent le questionnement identitaire, la différenciation soi/non-soi, intérieur/extérieur. Comment notre jeune patient utilise-t-il l'espace, figure-t-il deux mondes, ici et là-bas, communicants ou clivés ? Que fait-il des éléments de construction, bâtit-il une maison, laquelle ? L'enfant s'appuie-t-il sur les personnages parahumains pour recourir à l'imaginaire et à l'univers des contes ?

Nous pensons ici à cet enfant qui avait particulièrement investi le singe de bois, que tantôt il faisait sauter d'arbre en arbre dans un coin du décor qu'il avait créé, pour plus tard l'immobiliser, prostré, à l'autre bout de la

scène, en un mécanisme de clivage, un gel pulsionnel évoquant clairement le retrait et l'inhibition dépressive. Tous ces éléments riches d'enseignement font du scénotest un précieux outil d'investigation en situation transculturelle, parfois plus exploitable que les épreuves thématiques verbales.

L'impact de la migration à l'épreuve des tests

Nous l'avons vu, les psychologues ne peuvent recourir à aucun test projectif ou d'efficience intellectuelle qui soit *culture free*. De surcroît, il leur faudra travailler sur eux-mêmes et analyser la relation contre-transférentielle en situation transculturelle, laquelle est génératrice d'angoisse comme le souligna Devereux (1967). La neutralité en ce domaine semble bien illusoire. Le sentiment d'étrangeté provoquée par certains facteurs d'une culture différente de la nôtre, la réprobation, le rejet de faits culturels qui peuvent nous sembler difficilement admissibles, font partie de nos instruments de travail et nous devons en tirer profit plutôt que rechercher une objectivité impossible ou leurrante. Il est souvent préférable de souligner ce qui différencie plutôt que de banaliser au risque d'abraser ressources ou difficultés. Ainsi, l'impact du phénomène migratoire sur l'économie psychique de nos patients et sur leur efficience cognitive peut être étudié au moyen de tests prenant spécifiquement en compte les composantes culturelles. Parmi eux, certains sont des instruments d'évaluation classiques, telle la figure de Rey, d'autres sont trop peu usités, d'autres enfin font leur apparition en Europe. Si tous ne peuvent prétendre à la rigueur scientifique des tests les plus courants, ils n'en présentent pas non plus les biais les plus flagrants et sont des outils fiables, pour le moment irremplaçables en situation transculturelle.

La figure de Rey

La figure complexe de Rey (FCR) est une épreuve graphique d'élaboration perceptive. Conçue par Rey pour identifier des troubles neurologiques, élaborée par Rey et Osterrieth qui en ont défini les premiers critères d'étude, elle est aujourd'hui considérée classiquement comme une méthode projective aussi bien que comme un test instrumental. Elle a fait l'objet de nombreuses recherches (Wallon et Mesmin, 2002), portant sur son analyse informatisée, son application à la compréhension des troubles lexicographiques ainsi qu'au décryptage des difficultés spécifiques à certains migrants. La FCR, comme son nom l'indique, est une forme géométrique complexe, horizontale et composée d'une quarantaine de traits dont la particularité est de figurer un ensemble dénué de toute signification. Être confronté à la FCR pour la première fois, c'est découvrir un univers totalement inconnu, dont le sujet n'a pas de représentation mentale préalable, qu'il va devoir construire et élaborer au cours de la passation. La FCR peut donc être considérée comme une métaphore du trajet migratoire.

Ce test repose sur une exécution en deux temps : un temps de copie et un temps de reproduction de mémoire dont le sujet n'a pas été informé au préalable. Ce mode de passation repose ainsi sur la perte de relation au support image et le rapport copie-mémoire va souligner comment le sujet retrouve l'objet absent et interroger ses capacités de retenue d'un objet interne solide et stable (Debray, 2000). Le tracé exécuté avec des crayons de différentes couleurs permet de suivre les étapes successives de la construction car en ont été précisées certaines règles ; ainsi à la copie seront étudiés : délimitation intérieur/extérieur, droite/gauche, haut/bas, la recherche de la symétrie devenant un critère supplémentaire à l'épreuve de mémoire. « L'ordre de construction, la règle implicite qu'ici est le début et là est la fin… est une figuration du temps. » (Jumel, 2000, p. 16).

Ainsi, face à un sujet migrant, le clinicien notera si celui-ci peut dessiner la FCR selon un projet, s'il a la capacité de planifier son tracé ou s'il ne peut progresser que de proche en proche. Mesmin estime qu'il est impossible de dessiner la FCR sans la mémoriser à travers un schème familier car « il n'y a pas de mémorisation sans concept » (Mesmin, 1993, p. 224). Selon elle, les migrants recourent souvent à ces schèmes familiers qui permettent la structuration de l'ensemble en redressant verticalement la figure : l'enfant construisant alors son dessin de la même manière que l'on monte les murs d'une maison. L'espace graphique n'est pas *culture free* et les apprentissages scolaires structurent l'espace de la feuille selon un système de références spatiales. La FCR est très codée culturellement et la succession de ces différentes étapes se fait sur le modèle de l'écriture : de gauche à droite pour les enfants non migrants en fin de cours préparatoire tandis que le sens du tracé de la figure est inversé chez les migrants qui la copient majoritairement de droite à gauche. La réalisation de la FCR de forme asymétrique nécessite la perception d'une *Gestalt* structurante et structurée : le rectangle central, figuration d'une enveloppe contenante, ainsi que la prise en compte d'axes organisateurs que sont les médianes. Une fonction séparatrice est figurée par la médiane verticale, compensée par la présence des diagonales représentant un axe de continuité reliant les parties droite et gauche de la FCR. Lors de la reproduction en mémoire, la fonction séparatrice dedans/dehors semble pouvoir être figurée par l'ensemble du graphique pour la moitié des enfants français de 6 ans qui n'auraient pas besoin de restituer l'axe médian. L'auteur de cette recherche (Jumel, 2000) souligne que les deux tiers des enfants migrants conservent la fonction séparatrice de l'axe médian sans pouvoir attribuer cette fonction à la globalité de la figure.

La FCR peut révéler la difficile différenciation entre monde interne et externe, l'absence de perception globalisante, la désorganisation temporelle, le sentiment de discontinuité et le mécanisme de clivage à l'œuvre dans la construction psychique de certains de ces enfants de migrants. Il appartient au clinicien de faire une analyse globale des résultats obtenus à la FCR en

tenant compte des données objectives recueillies lors de l'entretien, ainsi pourra-t-il cerner par exemple si le contraste trop accentué entre un travail satisfaisant réalisé en copie et une mauvaise reproduction de mémoire est indicateur d'une mémoire de travail saturée par des conflits intra ou interpersonnels. Il n'oubliera pas non plus qu'aucune corrélation n'a été démontrée entre réussite à la FCR et réussite scolaire et qu'analyser la FCR d'un patient revient à étudier ses capacités de liaison.

Les dernières méthodes que nous allons détailler privilégient toutes une faculté universelle : celle de raconter une histoire…

Le test des trois personnages : le T3P

Madeleine Backès Thomas (1969) estimait qu'aucun test à dessin figuratif n'était applicable en Algérie, pays où elle travaillait, et, loin de chercher à créer un test projectif conçu sur mesure pour une culture donnée, elle a tout au contraire tenté de limiter la suggestibilité propre à la langue. Elle postulait qu'un matériel peu structuré culturellement permettrait des projections de sujets de cultures très différentes. Le T3P est une épreuve projective verbale non figurative qui mobilise fortement le complexe d'Œdipe et se révèle précieux en clinique transculturelle auprès de patients adolescents. Le test a pour objet la construction d'une histoire. L'auteur a inventé 20 questions support afin d'aider le sujet dans l'élaboration du récit : Qui sont ces personnages, comment les décrire, quels sont leurs liens, quelle situation vivent-ils ? Rien n'est suggéré au sujet qui doit suivre la consigne de départ : « Vous allez imaginer trois personnages. Tout part de là ». Il s'agit de créer une seule histoire dans laquelle évoluent les personnages imaginés et qui permet l'élaboration de tous les conflits intra ou interpersonnels. Les premières questions servent à camper des personnages dans leur identité sociale et sexuée et précisent leur place dans l'ordre des générations. L'auteur dit avoir découvert que non seulement le T3P n'entraînait aucun blocage projectif, mais qu'un tel matériel suscitait les projections culturelles inconscientes. La richesse de ce test est d'intégrer des données temporelles et géographiques essentielles pour les populations migrantes. Les questions : « Où vivent-ils ? », « Voulez-vous dire quelque chose de leur passé ? » permettent de dire la séparation, la distance géographique pouvant aussi bien représenter la distance affective que la distance réelle créée par la migration. Ce test est à coter suivant une grille de dépouillement rigoureuse. Une lecture psychanalytique permet d'y découvrir l'expression de mécanismes de défense tels que l'isolation, voire même le clivage de soi… Instrument de recherche sur l'imago, les représentations féminines et masculines, le T3P a été traduit dans plusieurs langues. Étalonné en France sur une population de 15 à 50 ans, il ne l'a pas été auprès de jeunes enfants auxquels il est difficilement applicable en raison de son caractère purement verbal. Cependant, il ne semble pas lié à la scolarité puisqu'il a produit des protocoles très riches

chez des enfants marocains non alphabétisés ou au Niger chez des jeunes filles à niveau scolaire très bas. Ce test demeure une méthode projective très précieuse, à utiliser préférentiellement auprès de migrants en raison de sa grande sensibilité à la variabilité culturelle.

Les fables de Düss

Dix fables sont proposées à un enfant au cours d'un entretien permettant l'assistance d'un interprète parlant sa langue maternelle. Il va devoir en imaginer la fin. Il y a donc à la fois création personnelle et adaptation nécessaire à la réalité du thème proposé. Les fables de Düss peuvent être utilisées comme une épreuve thématique permettant d'explorer les périodes sensibles de la psychogenèse. Conçu en 1940 par une psychanalyste, ce test verbal permet l'étude des stades du développement libidinal ainsi que de la relation d'objet. Méthode projective, ces fables offrent l'occasion d'observer la dynamique psychique de l'enfant, ses capacités de liaison en même temps que ses capacités d'élaboration. Comment va-t-il négocier le passage entre le contenu manifeste de la courte histoire qui lui est proposée et son contenu latent ? Le propos de ce test est de mettre en évidence les modalités de construction de l'appareil psychique, les processus de pensée, la conflictualisation inter et intrapsychique ainsi que les ressources défensives qui sont les siennes. Chacune des fables va suggérer une situation relationnelle propre à activer les fantasmes originaires, dits universels. Les premières relations objectales sont explorées à travers le thème de l'oralité, du sevrage et de la rivalité fraternelle : tel est le thème de la fable de l'agneau. Problématique de solitude et d'abandon, capacité d'autonomisation sont sollicitées à travers la fable de l'oiseau, marquée par l'alternance structurelle réunion/séparation et qui, à travers la différenciation œdipienne des genres et des générations explore le caractère matri ou patrilinéaire de la filiation. Pulsions agressives, désirs de mort, perte d'objet et culpabilité vont se trouver réactivés par la fable de l'enterrement.

Cependant, parole, fantasmatisation et symboles implicites contenus dans les fables de Düss ne suffisent pas à faire d'elles un instrument spécifique d'exploration de la situation migratoire. C'est bien davantage leur organisation logique qui en fait un outil discriminatif au plan transculturel. En effet, des valences opposées, des oppositions signifiantes, structurent le récit. Selon Claude Mesmin, ces fables sont « des histoires de médiation entre des univers hétérogènes » (Mesmin, 1993, p. 257) et c'est la capacité de l'enfant à appréhender la forme bipartite de la fable qui sera significative. Le récit rend compatible des oppositions contradictoires et si l'enfant parvient à intégrer celles-ci, échappant au mécanisme du clivage, il sera en mesure d'en faire une histoire homogène et de la terminer. L'auteur souligne la fréquente pauvreté culturelle des récits d'enfants migrants faits en langue française alors qu'inversement, la traduction et l'adaptation des fables de

Düss dans leur langue produiraient chez les enfants inuits et tchouches de Sibérie des représentations traditionnelles issues du chamanisme (Nathan et coll., 1991). Mesmin rappelle que la langue exprime la relation et met l'accent sur l'importance d'une traduction des fables dans la langue maternelle de l'enfant testé, traduction qui serait non pas littérale mais riche en métaphores issues de son univers culturel. Les enfants de migrants vivant dans deux milieux hétérogènes créeraient avec difficulté le lien nécessaire entre passé, présent et futur, ici et là-bas. Confrontés à la disparition de leur système logique et donc potentiellement exposés au chaos, de nombreux enfants de migrants ne parviennent pas à concilier appartenance et opposition. Le mécanisme du clivage à l'œuvre chez un enfant, rendant si difficiles les processus d'apprentissage et plus spécifiquement celui de la lecture, s'appréhende aisément avec les fables de Düss qu'elles amplifient. L'on peut donc, comme cet auteur, voir dans ce matériel un véritable test de personnalité, finement différenciateur, et à l'adaptation linguistique duquel il reste à travailler.

Temas

Un nouveau test projectif et narratif a vu le jour aux États-Unis, spécifiquement à NewYork, dans les années 1980 et fait une entrée discrète en Europe : le *Tell-Me-A-Story Thematic Apperception Test* (TEMAS), développé, standardisé, étalonné sur une population de 600 enfants de 5 à 13 ans appartenant à diverses origines ethniques et culturelles, TEMAS fut conçu à partir du constat que les tests utilisés par les cliniciens américains, dont le TAT, avaient été développés pour la population blanche anglophone et qu'aucun d'eux n'était adapté pour tester également les enfants et adolescents d'origine hispanique ou afro-américaine (Constantino et coll., 1981). La passation peut se faire aussi bien en anglais qu'en espagnol selon la langue dominante du sujet. TEMAS, test structuré, est constitué d'images stimuli en couleur, représentant des scènes de la vie quotidienne dans un contexte urbain, conduisant à l'implication du sujet dans des conflits intra ou interpersonnels. Le set prévu pour les sujets hispaniques ou noirs présente des personnages possédant leurs caractères physiques (traits, cheveux, couleur de peau), de même que le set prévu pour les enfants blancs afin de favoriser les possibilités d'identification. TEMAS existe en deux versions : l'une courte d'une durée de passation de 45 minutes comprenant 9 images pour les situations de test, et l'autre plus longue de deux heures, de 23 planches, à visée plus psychothérapeutique. Le passateur présente les images au sujet en l'invitant à construire une image à partir de chacune d'elles, comprenant un début et une fin.

Le récit doit permettre de répondre à trois questions : qu'est-il en train de se passer sur cette image, qu'est-il arrivé auparavant et que va-t-il se passer dans l'avenir ? Le clinicien note le temps de réaction et la durée du

récit. Seront pris en compte autant l'aspect formel, les procédés du discours, c'est-à-dire comment l'enfant construit son récit, que le contenu même de ce récit. Vont être étudiées les omissions ou transformations de personnages, la reconnaissance des conflits ainsi que les capacités à les résoudre. TEMAS étudie les fonctions subjectives (qualité des relations interpersonnelles, anxiété et dépression, capacité d'adaptation à la réalité, jugement moral, etc.), les fonctions cognitives explorées à travers les capacités imaginatives, le séquençage des réponses, les omissions et enfin la nature des affects (colère, joie, ambivalence, neutralité, etc.).Une recherche (Fantini et Bevilacqua, 2007) travaillant à l'adaptation italienne du TEMAS a ainsi retrouvé chez une patiente migrante d'origine espagnole un mécanisme de défense propre aux patientes hispaniques : le Marianismo consistant à travestir les émotions négatives, tristesse et agressivité en apparence de gaieté. Soulignant que l'obstacle majeur présenté par TEMAS est que ses normes ont été établies d'après quatre groupes nord-américains : blancs, hispaniques, noirs et portoricains et non pas européens, l'équipe italienne va poursuivre sa recherche auprès d'enfants italiens et marocains afin d'homologuer ce test pour l' Europe.

Conclusion

Une famille issue d'un milieu socioculturel favorisé offre à ses enfants la possibilité d'acquérir un langage riche et diversifié, le mettant ainsi *a priori* en possession d'un instrument de connaissance et de développement intellectuel efficient. Tout autre est le sort réservé à bien des enfants de migrants qui auront à acquérir ce qui ne leur est pas donné d'emblée et à composer avec des univers hétérogènes. Pour ces derniers, le bilan psychologique peut se transformer en véritable épreuve s'ils ne bénéficient pas de l'appui bienveillant d'un psychologue capable de comprendre, d'anticiper les difficultés spécifiques à la passation de tests en situation transculturelle et de reconnaître objectivement les biais patents inclus dans les instruments d'évaluation occidentaux.

Certains cliniciens ont déjà eu la chance de s'approprier, voire même de construire des outils plus fins conçus pour refléter une plus juste mesure des ressources de ces enfants. Les plus nombreux ont encore à faire de telles découvertes. Précisons qu'il ne s'agit en aucune façon de proposer aux migrants des évaluations « au rabais », ce qui ne ferait que contribuer à les dévaloriser davantage encore, à leurs yeux et à ceux de la société d'accueil. Ne les mettons pas à l'abri des tests les plus usuels car ce qui importe est de constater comment ils se comportent face à la nouveauté, l'étrangeté d'une pensée autre… Parions sur leurs ressources bien réelles, mais ne les laissons pas seuls face à des démarches d'évaluation qui ne prendraient pas en compte leur histoire souvent éprouvante, la langue dans laquelle ils ont commencé à appréhender le monde, la culture qui les a structurés.

Un bilan psychologique n'a pas de valeur prédictive, il fournit des données, une mesure, permettant une évaluation à un moment donné. Le sujet testé ne cessera d'évoluer, loin du psychologue qui ne l'aura côtoyé que quelques heures. Il appartient à ce dernier de faire en sorte que cette rencontre soit génératrice d'informations fiables et non d'incompréhension discriminante. Binet s'interdisait les pronostics. « Que réserve l'avenir, on ne peut rien en dire, on constate l'état présent, c'est tout. Et ce constat est à peine un diagnostic. » (Binet in Zazzo, 1985, p. 18) Il ajoutait que c'est par la totalité de son intelligence qu'un individu donne sa valeur, que nous sommes un faisceau de tendances dont la résultante s'exprime dans nos actes et qui fait que notre existence est ce qu'elle est. C'est donc cette totalité qu'il faut nous donner les moyens d'appréhender.

Bibliographie

Anzieu D, Chabert C. Les méthodes projectives – 10e édition. Paris : PUF ; 1995.

Azoulay C, Emmanuelli M, Rausch de Traubenberg N et al. Les données normatives françaises du Rorschach à l'adolescence et chez le jeune adulte. Psychologie clinique et projective 2007 ; 13 : 371–409.

Backès-Thomas M. Le test des trois personnages. Paris : Delachaux et Niestlé, Paris ; 1969.

Backès-Thomas M. Structuration culturelle et projection. Bulletin de Psychologie 1982 ; 24 : 627–30.

Bame Nsamenang A. Human ontogenesis : An indigenous African View on development and intelligence. International Journal of Psychology 2006 ; 41 (4) : 293–7.

Beizmann C. Livret de cotation des formes dans le Rorschach. Paris : EAP ; 1966.

Bellak L, Bellak S. Test d'aperception pour Enfant. Paris : Les Éditions du Centre de la Plaine ; 1954.

Berry JW. Ecological and cultural factors in spatial perceptual development. In : Berry JW, Dasen PR. Culture and cognition. Londres : Methuen and Co ; 1974.

Boekholt M. Épreuves thématiques en clinique infantile. Approche psychanalytique. Paris : Dunod ; 1998.

Budoff M. Measures for assessing learning potential. In : Lidz CS. Dynamic assessment. New York : The Guilford Press ; 1987. p. 173–95.

Castro D, Meljac C, Joubert B. Pratiques et outils des cliniciens - les enseignements d'une enquête. Pratiques psychologiques 1996 ; 2 (4) : 76–80.

Chomsky N. Aspects de la théorie syntaxique. Paris : seuil ; 1971.

Constantino G, Malgady RG, Vasquez C. Comparing Murray's TAT to a new thematic apperception test for urban ethnic minority children. Hispanic Journal of Behavioral Sciences 1981 ; (3) : 291–300.

Corman L. Le test PN – Manuel. Paris : PUF ; 1961.

Cottereau-Reiss P. Langages d'espace : l'exemple Kanak. In : Sabatier C, Dasen P. Cultures, développement et éducation – Autres enfants, autres écoles. Paris : L'Harmattan ; 2000. p. 159–68.

Couchard F. Influence des variables socio-culturelles sur le TAT chez des femmes de culture musulmane. Rorschachiana 1990 ; 17 : 40–4.

Couchard F. La psychologie interculturelle. Paris : Dunod ; 1999.
Dasen PR. The cross-cultural study of intelligence : Piaget and the Baoule. International Journal of Psychology 1984 ; 19 : 407–34.
Dasen PR, Mishra R, Niraula S, Wassmann J. Développement du langage et de la cognition spatiale géocentrique. Enfance 2006 ; 2 : 146–58.
Debray R. L'intelligence d'un enfant. Paris : Dunod ; 2000.
Dempster JJB. Symposium on the effects of coaching and practice on intelligence tests. Southampton investigation and procedure. British Journal of Educational Psychology 1954 ; 24 : 1–4.
Dennis W. Performance of Near Eastern children on the Draw-a-Man Test. Child Development 1957 ; 28 : 427–30.
Devereux G. (1967) De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement. Paris : Flammarion ; 1980.
Devereux G. Ethnopsychanalyse complémentariste. Paris : Flammarion ; 1972.
Didellon H, Vandewielle M. Le test du dessin de la famille chez les écoliers congolais. Revue Belge de Psychologie et de Pédagogie 1988 ; 50 (201) : 1–16.
Douet B. Expérimentation du programme d'enrichissement instrumental du Pr Feuerstein auprès d'enfants en grande difficulté scolaire. Bulletin de psychologie 1988 ; 388 : 121–9 tome XLII.
Düss L. (1950) La méthode des fables en psychanalyse infantile. Paris : L'arche ; 1971.
Fantini F, Bevilacqua P. Temas : A new projective/narrative test for multicultural assessment. L'autre, Cliniques, Cultures et Sociétés 2007 ; 8 (3) : 397–408.
Feuerstein R. La modifiabilité cognitive pendant l'adolescence : aspects théoriques et données empiriques. In : Anthony EJ, et Chiland C. Parents et enfants dans un monde en changement. Paris : PUF ; 1983. p. 245–68.
Fodor JA. La modularité de l'esprit. Paris : Minuit ; 1986.
Freud S. Communication d'un cas de paranoïa contredisant la théorie psychanalytique. In : Freud S. Œuvres complètes, XII. Paris : PUF ; 1915. p. 1988.
Gardner H. Les intelligences multiples. Paris : Retz ; 1996.
Gibello B. Contenants de pensée, contenants culturels. La dimension créative de l'échec scolaire. In : Yahyaoui A. Troubles du langage et de la filiation chez le Maghrébin de la deuxième génération. Grenoble : La Pensée Sauvage ; 1988.
Goodenough F. (1926) Measurement of intelligence by drawings. New York: Harcourt, Brace etWorld ; 1926. Traduction : L'intelligence d'après le dessin. Paris : PUF ; 1957.
Gottfredson LS. Mainstream science on intelligence : an editorial with 52 signatures, history and biography. Intelligence 1997 ; 24 : 13–23.
Harris DB. Goodenough-Harris Drawing Test. New York : Harcourt, Braceet World ; 1963.
Henry WE. (1951) Le TAT dans l'étude des problèmes de groupe et des problèmes culturels. In : Anderson HH. Manuel des techniques projectives en psychologie clinique. Paris : Éditions Universitaires ; 1965.
Herrnstein RJ, Murray C. The bell curve : Intelligence and class structure in American life. New York : Free Press ; 1994.
Hickman M. Le développement de l'intelligence discursive. In : Kail M, Fayol M. L'acquisition du langage. Le langage en développement. Au-delà de trois ans. Paris : PUF ; 2000. p. 81–115.

Huteau M. La question de l'intelligence aujourd'hui. In : Huteau M. Les figures de l'intelligence. Paris : Éditions et Applications Psychologiques ; 2001. p. 9–18.
Jodelet D. (1989) Les représentations sociales. Paris : PUF ; 1997.
Jumel B. La NEMI et la Figure de Rey dans l'examen psychologique de Victor. In : Debray R. L'intelligence d'un enfant. Paris : Dunod ; 2000.
Jumel B. Les tests factoriels (RPM, Epreuves de Cattell, D48/70). In : Jumel B. Guide pour un usage critique des Tests chez l'enfant. Aubin ; 2004.
Jussim L. Self-fulfilling prophecies : a theorical and integrative review. Psychological Review 1986 ; 93 : 429–45.
Kardiner A. (1939) L'individu dans la société. Essai d'anthropologie psychanalytique. Paris : Gallimard ; 1969.
Kaufman A, Kaufman N. Manuel d'interprétation du K-ABC. Paris : Éditions du Centre de Psychologie Appliquée ; 1993.
Kuo-Shu Yang G. Indigenized conceptual and empirical analyses of selected Chinese psychological characteristics. International Journal of Psychology 2006 ; 41 (4) : 298–303.
Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulaire de psychanalyse. Paris : PUF ; 1967.
Malotki E. Hopi time : linguistic analysis of the temporal categories in the hopi language. Berlin : Mouton ; 1983.
Mauss M. Les techniques du corps. In : Mausse M. Sociologie et anthropologie. PUF : Paris ; 1936. p. 2004.
Mauss M. Sociologie et anthropologie – 7e édition. Paris : PUF ; 1980.
Mesmin C. Les enfants de migrants à l'école. Grenoble : La Pensée Sauvage ; 1993.
Moro MR. (1994) Parents en exil. Psychopathologie et migration – 2e édition. Paris : PUF ; 2001.
Moro MR. Psychopathologie transculturelle des enfants de migrants. Paris : Dunod ; 1998.
Mundy-Castle AC. Social and technological intelligence in western and non western cultures. Universitas (University of Ghana, Legon) 1974 ; 4 : 46–52.
Nathan T, Moro MR, Mesmin C. Test des fables de Louisa Düss dans une population tchoutche et inuit de Sibérie (Mission Malaurie 1990). Inter-nord 1991.
Nguyen Kim-Chi. La personnalité et l'épreuve de dessins multiples ; Maison, arbre, deux personnes. Paris : PUF ; 1989.
Niraula S, Mishra R, Dasen P. Linguistic relativity and spatial concept development in Nepal. Psychology and Developing Societies 2004 ; 16 : 99–124.
Nutall E, Chien L, Nutall RL. Views of the family by Chinese and US children : a comparative study of kinetic family drawning. Journal of School Psychology 1988 ; 26 (2) : 191–4.
Ogay T, Leanza Y, Dasen P, Changkakoti N. Pluralité culturelle à l'école : les apports de la psychologie interculturelle. VEI Enjeux 2002 ; n 129 : 36–64.
Ombredane A. L'exploration de la mentalité des noirs congolais, le congo TAT. Paris : PUF ; 1969.
Ombredane A, Robaye F, Plumail H. Résultats d'une application répétée du matrix-couleur à une population de noirs congolais. Bulletin du Centre d'Études et de Recherches Psychotechniques 1956 ; 5 : 129–47.
Piaget J, Inhelder B. La représentation de l'espace chez l'enfant. Paris : PUF ; 1948.
Pike KL. Language in relation to a unified theory of the structure of human behavior. The Hague : Mouton ; 1966.

Raven J. Les Progressives Matrices de Raven. Changement et stabilité à travers les cultures et le temps. In : Huteau M. Les figures de l'intelligence. Paris : Éditions et applications psychologiques ; 2001. p. 139–76.
Rey A. D'un procédé pour évaluer l'éducabilité. Archives de psychologie 1934 ; 24 : 297–337.
Rorschachiana. Journal of the International Society for the Rorschach: 2006.
Rosch E. Principles of categorization. In : Rosch E, Llyod BB. Cognition and categorization. Hillsdale NJ : Erlbaum Associates ; 1978.
Salaun de Kertanguy H, Andronikoff A. Réaction to tragic loss of sociocultural environment in the Adivasi tribes : A rorschach study. Rorschachiana 2004 ; 26 : 11–25.
Sapir E. (1949) Selected writings in language, culture and personality. Berkeley : The University of California Press ; 1985.
Si Moussi A, Benkhelif M. Production et banalités au Rorschach en Algérie. Psychologie clinique et projective 2004 ; 10 : 339–57.
Stork H. Introduction à la psychologie anthropologique. Paris : Armand Colin ; 1999.
Super C, Harkness S. The developmental niche : a conceptualization at the interface of child and culture. International Journal of Behavioral Development 1986 ; 9 (4) : 545–57.
Tambiah SJ. Animals are good to think and good to prohibit. Ethnology 1969 ; 8 : 423–59.
Taylor HA, Tversky B. Perspective in spatial descriptions. Journal of Memory and Language 1996 ; 35 : 371–91.
Van de Vijver F, Tanzer NK. Bias and equivalence in cross-cultural assessment : an overview. Revue Européenne de Psychologie Appliquée 1997 ; 47 (4) : 263–79.
Vercruysse N, Chome C. Situation projective et rencontre interculturelle. Cahiers de psychologie clinique 2002 ; 18 : 171–88.
Vigotsky LS. Mind in society : the development of higher psychological processes. Cambridge : Harvard University Press ; 1978.
Vrignaud P. Évaluation sans frontières : comparaisons interculturelles et évaluation dans le domaine de la cognition. In : Huteau M. Les figures de l'intelligence. Paris : Éditions et applications psychologiques ; 2001.
Wallon P, Mesmin C. La figure de Rey. Une approche de la complexité. Collectif : Ramonville-Saint-Agne : Erès ; 2002.
Wassmann J, Dasen PR. Comment ne pas perdre le Nord à Bali ? Bulletin de l'Académie Suisse des Sciences Sociales 1996 ; 1 : 18–26.
Wechsler D. WISC-IV : Échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants, 4e édition. Manuel d'administration et de cotation. Paris : Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée ; 2005.
Wendenda Ahondju M. Représentations sociales de l'intelligence chez les Tetela. In : Bril B, Dasen P, Sabatier C, Krewer B. Propos sur l'enfant et l'adolescent. Quels enfants pour quelle culture ? Paris : L'Harmattan ; 1999. p. 253–78.
Whorf BL. (1956) Linguistique et anthropologie. Paris : Denoel ; 1969.
Yang SY, Sternberg RJ. Taiwanese Chinese people's conceptions of intelligence. Intelligence 1997 ; 25 (1) : 21–36.
Zazzo R. La Nouvelle Échelle Métrique de l'Intelligence. Paris : EAP ; 1985.

8 Les soins en situation transculturelle

Marie Rose Moro, Thierry Baubet

« L'analyste reste en effet facilement prisonnier de sa formation. Son savoir spécifique, lui-même acquis et fortement marqué par des affects de transfert, risque non seulement de propager un certain terrorisme théorique — ce qui entrave la liberté de penser et de questionner — mais aussi de gêner sa pratique. Tout ce que l'analyste a manqué d'explorer dans sa psychanalyse personnelle est à l'origine de son aveuglement et de sa surdité à l'égard de ses futurs patients »

McDougall, 1978, p. 8

La relation thérapeutique, c'est-à-dire celle que le thérapeute tente d'établir avec son patient, est une relation complexe dont on commence à peine à identifier les composantes. On a trop longtemps pensé que pour en préserver l'efficacité, il fallait qu'elle reste énigmatique, construite par une sorte d'alchimie. L'ouverture du champ psychothérapique sur des recherches pluridisciplinaires a permis de transformer cette relation clinique en un véritable objet d'étude reconnaissant sa rationalité spécifique. L'apport, en effet, des sciences du langage et tout particulièrement de la pragmatique, des sciences cognitives, des théories de la communication, des recherches sur les psychothérapies, etc. a permis d'imaginer que l'on pourrait analyser, avec des outils extérieurs à l'entretien, les processus à l'œuvre dans nos dispositifs. Dans cette perspective, on a essentiellement à notre disposition des travaux américains et canadiens[1]. Ces recherches sont novatrices dans la mesure où elles appréhendent l'entretien d'abord selon la perspective de l'efficacité et du changement et pas seulement en termes de définition et de procédure. La relation thérapeutique s'appuie sur des implicites culturels partagés par ceux qui l'engagent. Ainsi en ce qui concerne la psychothérapie avec des migrants, ces présupposés ne sont pas nécessairement parta-

1 Pour une revue de la littérature, *cf*. Moro et Lachal (1996) et Moro (2002).

Psychopathologie transculturelle

gés, ce qui nécessite une complexification de nos manières de faire permettant de construire, ce qui d'habitude est premier et implicite, le contenant même de l'interaction : la culture. Il importe alors de définir brièvement la culture.

Penser

Un point est admis par tous : « Il n'existe pas d'homme sans culture ». Roheim l'avait souligné dès 1943 : « (...) *culture* signifie *humanité*, car même les manifestations les plus élémentaires de l'existence humaine (...) peuvent être considérées comme les commencements de la culture » (p. 31). L'idée d'un homme à l'état de nature, d'un homme universel existant en dehors de toute culture correspond à une hypothèse maintenant réfutée.

La culture du dedans

La philosophie définit habituellement la culture comme un découpage rationnel pour appréhender le monde. Toute culture définit des catégories qui permettent de lire le monde et de donner un sens aux événements. Ces catégories, arbitraires dans la mesure où elles varient d'une culture à une autre (réalité/non-réalité ; humain/non-humain ; le même/l'autre, etc.), peuvent être considérées comme des schèmes culturels transmis de manière implicite. Se représenter, c'est, « tailler dans le réel », c'est choisir des catégories communes pour percevoir le monde de manière ordonnée. Ces mondes partagés fondent la pertinence des représentations pour un groupe donné. Ainsi, un système culturel est constitué d'une langue, d'un système de parenté, d'un corpus de techniques et de manières de faire, la parure, la cuisine, les arts, les techniques de soins, les techniques de maternage, etc.[2] Tous ces éléments épars sont structurés de manière cohérente par des représentations. Ces représentations culturelles sont les interfaces entre le dedans et le dehors, elles sont le résultat de l'appropriation par les individus de systèmes de pensée d'origine culturelle. Elles permettent l'expérience subjective. Le sujet incorpore ses représentations et, il les retravaille à partir de ses propres mouvements, ses conflits internes et ses traits de personnalité. Qu'en est-il alors de la culture du point de vue du sujet lui-même ? La culture permet un codage de l'ensemble de l'expérience vécue par un individu, elle permet d'anticiper le sens de ce qui peut survenir et donc de maîtriser la violence de l'imprévu, et par conséquent du non-sens. La culture cherche à mettre à la disposition du sujet une grille de lecture du monde. Ce codage est un processus constitué d'ingrédients complexes, d'inférences ontologiques (la nature des êtres et des choses), mais aussi d'inférences de causalité permettant

2 *Cf.* le dossier du n° 5 de la revue *L'autre* : « Ces objets qui soignent ».

de donner un sens à un événement répertorié (Pourquoi ? Pourquoi moi ? Pourquoi moi à ce moment-là ?, etc.) (Sindzingre, 1989). À l'intérieur de ces systèmes culturels d'une extraordinaire complexité et toujours en mouvement, il faut identifier certains des éléments efficients pour comprendre et soigner la souffrance psychique en situation transculturelle.

L'énigme de la maladie

Tomber malade soi-même, être en difficulté avec son enfant, perdre un de ses proches… est non seulement le signe d'un grand désordre et d'une grande souffrance mais aussi un grand scandale que l'on va tenter d'apaiser en cherchant un sens, des sens possibles même s'ils sont transitoires. Toutes les sociétés tentent de penser l'insensé selon la belle expression de Zempléni (1985) pour définir les théories étiologiques, c'est-à-dire les théories culturelles sur lesquelles on s'appuie pour survivre à la douleur et au non-sens. On évoquera l'intervention d'êtres culturels : divinités, génies des eaux, des marigots ou de la terre (possession) ; des processus techniques, sorcellerie, maraboutage, interventions magiques, etc. ; la transgression de tabous ou d'interdits ; l'intervention des Ancêtres, le retour des morts, etc. Ces énoncés sont d'abord des processus avant que d'être des contenus. Ils sont constitués d'un corps organisé d'hypothèses qui n'appartiennent pas en propre à l'individu mais qu'il s'approprie en partie, à un moment donné de sa vie, quand il en a besoin. Ces hypothèses sont mises à sa disposition par le groupe et sont transmises sous de multiples formes : par l'expérience, par le récit, par des énoncés non langagiers comme les rituels, par les techniques du corps, par les techniques de soins, etc. Ce sont des mécanismes de production de sens, *in fine* individuel, et donc très variables de l'un à l'autre et très mouvants dans le temps. Les théories étiologiques sont des « formes vides » suffisamment générales et implicites pour être pertinentes à tous les individus d'un même groupe culturel (*ibid.*, p. 21).

L'être, le sens et le faire

Enfin, toute théorie étiologique énoncée implique *ipso facto* une technique de soins particulière. Ici, si l'on est possédé par un esprit, il faut alors négocier avec lui en effectuant un rituel de possession ; là-bas, si les Ancêtres ont été offensés, il est impératif de réparer cet acte par un sacrifice… Le couple efficient est constitué par la théorie étiologique associée à la technique thérapeutique correspondante. Donc toute théorie étiologique contient, en elle-même, une forme, une parole et un acte. L'on comprend alors la fonction dynamique des théories étiologiques : loin de révéler la cause ultime du mal, elles « imposent » en fait une « procédure » (Nathan et Moro, 1989). L'efficacité est dans la procédure et ses conséquences pour le groupe et l'individu et non dans le contenu de l'énoncé lui-même. On a montré que trois

niveaux doivent être plus particulièrement explorés pour coconstruire un cadre culturellement pertinent[3] :

- le *niveau ontologique*, l'être : quelle est la représentation de la nature de l'être, de son origine, de son identité, de sa fonction ?… Qu'est-ce un enfant ? De quoi a-t-il besoin ? Qu'est-ce une mère ? Un père ?
- le *niveau étiologique*, le sens : quel sens donner au désordre qui l'habite ? Comment tenter de répondre aux questions par rapport à la maladie ? Comment penser les conséquences de ce désordre ? Pourquoi suis-je tombé malade ? Pourquoi mon bébé ne se développe t-il pas bien ?
- les *logiques thérapeutiques*, le faire : quelle est la logique de l'action de soins à entreprendre ? Comment faire pour réordonner les mondes après la confusion du désordre… ? Par quelles logiques doit passer la transformation de l'être pour guérir… ?

Ainsi, par exemple devant une *attaque sorcière* (théorie étiologique culturelle qui peut donner un sens à un désordre psychique), la logique étiologique est celle de l'effraction d'un être en devenir, en passage (théorie ontologique) et celle de la vulnérabilité de cet être à un moment de sa vie — vulnérabilité à cette violence qui lui est faite. La logique thérapeutique correspondante est celle de la gestion des conflits (violence, agressivité, sexualité, jalousie, etc.) et de la protection de l'être (par des objets, des réunions familiales, etc.). Ces trois niveaux (l'être, le sens et le faire) participent à la construction d'une pensée pour un individu donné à un moment précis de son histoire.

La culture devient ainsi un ensemble dynamique de représentations mobiles en continuelles transformations s'emboîtant les unes dans les autres ; un système ouvert et cohérent avec lequel le sujet est en constante interaction. À cette dimension de l'appartenance culturelle, il faut adjoindre la dynamique de l'événement migratoire, ses conséquences potentiellement traumatiques pour l'individu et toujours, l'acculturation secondaire à cette migration.

Le trauma migratoire

Un homme, une femme décident d'agir sur le monde et de construire leur destin en quittant leur pays. Le corps se projette vers l'avant et le futur, et l'âme ? Elle suit, disent ces Indiens qui, lorsqu'ils chevauchent longtemps, font régulièrement des pauses car « l'âme chemine plus lentement et le corps — en avant — doit lui laisser le temps. Qu'elle puisse le rejoindre » (Bertina, 2001, p. 14). Dans la migration, le corps se propulse en avant, dehors, dans le nouveau monde et l'âme, derrière, virevolte, avance puis

3 Pour une définition plus détaillée de ces trois niveaux, *cf.* Moro (1994).

s'arrête, suspend son mouvement comme effrayée par la rencontre, puis reprend son chemin, elle doit suivre le corps. Parfois dans ce périple, l'âme s'égare. Il en est de même pour le fonctionnement psychique. Dans ce mouvement, reste un point fixe : le corps qui parfois souffre et se rebelle. Quelles que soient les formes de la souffrance, quelques principes guident notre travail de clinique transculturelle, nous allons les décrire.

Faire

Notre pratique transculturelle, parfois appelée en France ethnopsychanalyse parce qu'elle s'appuie sur l'anthropologie et la psychanalyse, repose sur la méthode du *complémentarisme*.

Complémentarisme, décentrage et universalité psychique

Il est vain d'intégrer de force dans le champ de la psychanalyse ou dans celui de l'anthropologie exclusivement certains phénomènes humains. La spécificité de ces données réside justement dans le fait qu'elles nécessitent un double discours obligatoire mais non simultané (Devereux, 1972, p. 14). Cette pratique s'appuie sur un second principe déjà analysé, celui du *décentrage* — construire une position intérieure qui permette de ne pas ramener de l'inconnu à du connu. Le complémentarisme implique une double lecture au moins de chaque récit et contribue à ce décentrage. L'unicité ramène au même et donc à moi, alors que le pluriel contraint à la multiplicité des références et donc à la distance. C'est cet écart qui permet le décentrage. Complémentarisme et décentrage sont des composantes essentielles de la clinique plurielle et donc de la clinique de demain. Pour ce faire, elle doit s'appuyer sur une identité professionnelle assurée et des principes sans faille, en particulier, celui de l'universalité psychique.

Sur le plan théorique, en effet, il est un postulat sans lequel l'ethnopsychanalyse n'aurait pu se construire, c'est celui de *l'universalité psychique*, c'est-à-dire l'unité fondamentale du psychisme humain (Devereux, 1970). De ce postulat découle la nécessité de donner le même statut éthique mais aussi scientifique à tous les êtres humains, à leurs productions culturelles et psychiques, à leurs manières de vivre et de penser, pour différentes et parfois déconcertantes qu'elles soient… Énoncer un tel principe peut paraître une évidence, les implicites de nombreuses recherches dites scientifiques menées hier et même encore aujourd'hui sont là pour rappeler que ce principe est trop souvent oublié. De même l'exclusion de fait de certains patients migrants des dispositifs psychothérapiques doit aussi nous interroger sur cette question. Une autre caractéristique humaine universelle est bien entendu le fait que tout homme a une culture et que c'est peut-être

cela qui fonde son humanité et son universalité (Nathan, 1986). Travailler sur le particulier sans spéculer sur un universel, non connaissable d'emblée mais trop souvent inféré sans le détour du particulier, telle est une des approches de l'ethnopsychanalyse — l'universel étant un point vers lequel tend toute connaissance en sciences humaines sans être jamais certaine de l'avoir trouvé. Complémentarisme et décentrage sont ici deux des positions qui nous semblent à même de nous aider à le faire.

Sur ces principes s'est d'abord construite la théorie (Devereux), puis a été lancée la technique avec ses multiples variantes et parfois controverses (Nathan, Moro, Kouassi, Ferradji, Yahyaoui, Mestre, etc. en France, Von Overbeck en Suisse, Pierre en Belgique ou encore Rousseau, De Plaen au Canada, etc.)[4]. La technique, elle aussi nécessairement complémentariste, est toujours en construction. Cependant certains paramètres semblent maintenant bien établis (Moro, 1994 ; 1998 ; 2002) : la nécessité d'un groupe de thérapeutes dans certaines situations, l'importance de la langue maternelle du patient et surtout la possibilité du passage d'une langue à l'autre, la nécessité de partir des représentations culturelles du patient, etc.

Analysons quelques-uns des paramètres importants du dispositif à géométrie variable qui propose des suivis en individuel et en groupes de cothérapeutes (De Plaen et coll., 1998).

Un dispositif métissé et cosmopolite

Décrivons le dispositif d'Avicenne à Bobigny dans la banlieue Nord de Paris. À cette consultation, nous travaillons avec une équipe de cothérapeutes (médecins et psychologues mais aussi infirmières, travailleurs sociaux, etc.), d'origines culturelles et linguistiques multiples, formés à la clinique et pour la majorité d'entre eux à la psychanalyse et initiés à l'anthropologie. Nous consultons toute la semaine en individuel et en groupe de thérapeutes. Être soi-même migrants n'est ni une condition nécessaire ni suffisante pour faire de l'ethnopsychanalyse. Ce qui importe c'est d'avoir fait l'expérience du décentrage et de se familiariser avec certains systèmes culturels. Le groupe permet que les expériences des uns et des autres se potentialisent. C'est l'apprentissage et la pratique intime de l'altérité et du métissage qui sont recherchés et pas ceux du même : un patient kabyle ne sera pas reçu par un thérapeute kabyle… Le dispositif proposé est par nature métissé et centré par la notion d'altérité.

Nous recevons des patients de tous horizons. Certains viennent d'Afrique noire, d'autres du Maghreb, d'autres encore d'Asie du Sud-Est, des Antilles, de Turquie, du Sri Lanka, d'Europe centrale, etc.

4 Je ne cite bien sûr que quelques noms, il en a bien d'autres.

Soigner de manière plurielle

Nous recevons la plupart des enfants et de leurs familles en individuel avec l'aide d'un traducteur si nécessaire et dans certains cas, nous nous faisons aider d'un groupe de cothérapeutes. Même si ce dispositif groupal n'est utilisé que dans une minorité de situations, c'est lui que nous allons décrire ici en détail car c'est le plus spécifique ; c'est aussi celui qui nous a permis d'expérimenter des approches nouvelles ; c'est enfin celui qui soulève le plus d'interrogations car c'est le plus éloigné de la pratique habituelle en Europe.

Ce dispositif est constitué par un groupe de thérapeutes qui reçoit le patient et sa famille (en général, une dizaine de cothérapeutes). Dans les sociétés traditionnelles, l'individu est pensé en interaction constante avec son groupe d'appartenance. D'où l'importance d'un groupe dans les situations de soins. De plus, la maladie est considérée comme un événement ne concernant pas seulement l'individu malade, mais aussi la famille et le groupe. Par conséquent, elle est soignée sur un mode groupal : soit par le groupe social, soit par une communauté thérapeutique. Le traitement collectif de la maladie permet un compromis entre une étiologie collective et familiale du mal et une étiologie individuelle.

Les soignants qui nous ont adressé la famille participent en général à cette consultation, au moins la première fois, dans la mesure où ils sont porteurs d'un « morceau de l'histoire de la famille ». Nous souhaitons qu'ils participent à l'ensemble de la thérapie ou des consultations thérapeutiques. Cette présence active évite que la prise en charge transculturelle soit une nouvelle rupture dans le chemin long et souvent chaotique de ces familles qui ont, le plus souvent, un parcours thérapeutique antérieur conséquent.

En plus de ces fonctions — modalité culturelle de l'échange et du soin, coconstruction d'un sens culturel, étayage du patient —, le groupe permet aussi une matérialisation de l'altérité (chacun des thérapeutes étant d'origine culturelle différente) et une transformation de cette altérité en levier thérapeutique, au sens de Devereux (1972), c'est-à-dire de support de l'élaboration psychique. Le métissage des hommes et des femmes, des théories, des manières de faire est un facteur implicite du dispositif.

De même quel que soit le symptôme pour lequel on nous consulte, quel que soit l'âge du patient, bébé, enfant, adolescent, adultes, la famille est conviée à venir avec le patient, l'entourage étant souvent porteur d'une partie du sens.

Le voyage des langues

Pour explorer les processus avec précision, dans leur complexité et leur richesse, la langue maternelle du patient est nécessairement présente dans la consultation s'il le souhaite. Le patient a la possibilité de parler sa ou ses

langues maternelles et dans ce cas, un cothérapeute connaissant sa langue ou un interprète traduisent. À noter que le processus qui semble efficient c'est la possibilité de passer d'une langue à l'autre et non pas le renvoi, parfois artificiel, à une langue maternelle « fossilisée ». Selon ses envies, ses possibilités, et la nature du récit qu'il construit, il utilise cette possibilité de repasser ou pas par sa langue maternelle. Ici encore c'est le lien entre les langues qui est recherché.

Étant donnée l'importance de la traduction, nous avons entrepris des études sur les modalités de traduction en situation clinique. La première d'entre elles, faite en collaboration avec une linguiste, S. de Pury Toumi, a consisté à refaire traduire, en dehors de la situation thérapeutique, le discours énoncé par le patient par un second traducteur qui revoit la cassette de la consultation enregistrée et qui retraduit dans des conditions différentes de la situation clinique. Il a beaucoup plus de temps qu'en situation naturelle, il peut s'arrêter quand il veut, revenir en arrière, utiliser une aide mais surtout, il n'est pas inclus dans la relation thérapeutique, ce qui modifie totalement sa position (Moro et De Pury Toumi, 1994). Cette retraduction étant faite, nous avons comparé les deux versions et mis en évidence le fait qu'il existait de nombreuses différences dans la traduction *in vivo* et *a posteriori* mais que malgré ces différences, le sens global du discours était bien partagé par la triade patient-traducteur-thérapeute. Cette dernière donnée contredit, il faut le dire haut et fort, l'idée trop souvent entendue selon laquelle on ne peut faire de thérapie avec un traducteur. Certes, c'est complexe mais confortable de travailler avec un traducteur — pendant qu'il traduit, on pense, on rêve… Au-delà de cette constatation globale, l'étude a aussi mis en évidence l'importance de plusieurs processus qui ont modifié notre manière de travailler dans un entretien bilingue. Nous avons interviewé le traducteur de la situation clinique sur ce qui l'a amené à ces différences, ce qui a permis de mieux comprendre la part du traducteur dans le dispositif et ses mécanismes de choix et de décision au moment même de l'entretien. Ainsi, « la connaissance culturelle partagée » permet de s'exprimer par sous-entendus et par implicites, ce qui est fondamental lorsqu'on aborde des sujets difficiles — la sexualité, les relations intimes entre les femmes et les hommes, voire entre les parents et les enfants mais aussi, en France, tout ce qui touche au sacré… Il s'agit tout d'abord de prendre conscience du fait que nous travaillons sur un discours traduit et non énoncé (patient/thérapeute/patient) et donc un discours médiatisé par le truchement du traducteur, ce qui implique de bien intégrer celui-ci dans le dispositif thérapeutique et donc de le former à la situation clinique transculturelle. Enfin cette étude a mis en évidence l'importance, pour les thérapeutes, des associations liées à la matérialité du langage énoncées directement par le patient et ce, même si l'on ne comprend pas. Ce bain linguistique provoque en nous des images et des associations liées à l'effet même des mots, des rythmes, des

sonorités… L'interaction se fait avec le sens mais aussi avec la langue elle-même et l'univers qu'elle transporte.

La traduction n'est donc pas un simple truchement mais elle participe au processus interactif de la psychothérapie en situation transculturelle.

Le thérapeute est aussi un être culturel : le contre-transfert culturel

Dans un tel dispositif, il est nécessaire d'instaurer, en plus des mécanismes d'analyse du transfert et du contre-transfert « affectif », une modalité spécifique d'analyse du contre-transfert lié à la dimension culturelle. Autre raison pour laquelle ce type de consultation se déroule en groupe, moyen le plus efficace pour analyser ce *contre-transfert culturel* (Nathan et Moro, 1989). Concrètement, à la fin de chaque entretien, le groupe s'efforce d'expliciter le contre-transfert de chacun des thérapeutes par une discussion des affects éprouvés par chacun, des implicites, des théories, etc. qui les ont conduits à penser telle chose (inférences), à formuler tel acte (interventions).

On le sait, rendre opérationnelle la dynamique du transfert et du contre-transfert a été la véritable révolution opérée par Freud. Depuis l'élaboration du modèle classique de la cure, la parole du sujet est posée comme acte de la thérapie, le support en étant le lien entre le psychanalyste et son client, c'est-à-dire le transfert (Freud, 1910). Le transfert désigne donc le processus par lequel les désirs inconscients du patient s'actualisent dans le cadre de la relation psychanalytique. Devereux (1967) a élargi cette définition pour l'appliquer à l'ensemble des phénomènes survenant en situation de clinique et de recherche en sciences humaines. Le transfert devient alors la somme des réactions implicites et explicites que le sujet développe par rapport au clinicien ou au chercheur.

À l'inverse, le contre-transfert du chercheur est la somme de toutes les réactions du clinicien explicites et implicites par rapport à son patient ou à son objet de recherche. Dans le contre-transfert, il y a, comme dans le transfert, une dimension affective et culturelle. Le contre-transfert culturel concerne la manière dont le thérapeute se positionne par rapport à l'altérité du patient, par rapport à ses manières de faire, de penser la maladie, par rapport à tout ce qui fait l'être culturel du patient… Tel Soninké a des insomnies, lorsqu'il s'endort enfin, il fait des rêves funestes. Il a consulté un guérisseur soninké à Paris qui lui a dit qu'il avait été attaqué par un esprit, un génie, un ancêtre mécontent. Le guérisseur, le sage, celui qui sait interpréter les rêves a alors demandé qu'il fasse un sacrifice. Quelle est ma position intérieure face à un tel récit ? De cette position contre-transférentielle découlera ma réponse au patient. Elle conditionnera ma capacité à entrer en relation thérapeutique avec lui. Il convient donc de définir le statut épistémologique que j'attribue à ce type de matériel. Il s'agit par conséquent avant tout de ma

position intérieure par rapport à tous ces dires et ces faire codés par la culture du patient. Le transfert et le contre-transfert culturel empruntent aussi à l'histoire, à la politique, à la géographie, etc. Le patient comme le thérapeute ont des appartenances et sont inscrits dans des histoires collectives qui imprègnent leurs réactions et dont ils doivent être conscients. Sans l'analyse de ce contre-transfert culturel, on risque des passages à l'acte agressifs, affectifs, racistes, etc. Ainsi, telle femme thérapeute qui n'arrive pas à entrer en interaction avec tel homme maghrébin avec qui elle est en conflit immédiatement — c'est l'image de la femme qui est d'abord en jeu dans cette relation et la place culturelle qui lui revient ; ou encore telle jeune fille maghrébine qui arrive à convaincre l'assistante sociale de son lycée de la placer en urgence dans un foyer car son père l'empêche de se maquiller. Et l'assistante sociale interrogée sur cette précipitation dira en toute bonne foi « Ils commencent comme cela et on ne sait pas où cela s'arrête. Si elle est renvoyée en Algérie, alors, il sera trop tard ! » Décentrage et analyse du contre-transfert culturel sont sans doute les deux mécanismes les plus difficiles à acquérir dans cette pratique culturelle mais les plus précieux aussi.

Modifier le temps

Un autre facteur est modifié dans ce dispositif, la temporalité : les consultations durent environ deux heures, temps qui semble nécessaire pour qu'un récit se déroule à la première personne étant donnée la représentation traditionnelle du temps, de la rencontre et du parcours thérapeutique. De même, en général, les suivis se font sous forme de consultations thérapeutiques ou de thérapies brèves inférieures à 6 mois à raison d'une séance par mois ou tous les deux mois. Beaucoup plus rarement, dans ce cadre groupal, sont menées des thérapies longues. Mais des thérapies plus longues peuvent avoir lieu en individuel avec un des cothérapeutes si c'est nécessaire après quelques consultations en groupe qui permettent de donner un cadre culturel à la souffrance de la famille et d'initier le processus. Parfois elles sont menées par un membre de l'équipe qui accompagne la famille en même temps que les thérapies en groupe.

L'efficacité thérapeutique – la recherche

Les travaux actuels en ethnopsychanalyse montrent la bonne adaptation de cette technique à la clinique des migrants : elle obtient des résultats thérapeutiques profonds et durables[5]. L'existence d'un dispositif thérapeutique complexe qui s'adapte à chaque situation, le décentrage culturel qui nous contraint à suspendre un diagnostic souvent trop prompt lorsqu'il est fait à partir de nos catégories diagnostiques occidentales — confusion entre du matériel culturel comme l'envoûtement et un délire, non-perception d'un

5 Pour une bibliographie exhaustive sur ce sujet, *cf.* Moro (1998 ; 2002).

affect mélancolique sous un discours culturel centré par la sorcellerie, etc. — et l'utilisation de l'outil complémentariste conduisent à une multiplicité des hypothèses étiologiques, ce qui est sans doute un facteur efficient de ce dispositif. Il a été montré, en effet, dans les travaux actuels sur l'évaluation des psychothérapies que la capacité du thérapeute à modifier ses hypothèses diagnostiques est un facteur général d'efficacité quelle que soit la technique[6].

Nous avons mené pour notre part plusieurs études sur l'efficacité de la technique ethnopsychanalytique pour les thérapies mères-bébés en situation transculturelle (Moro, 1991 ; 1994 ; 1998), pour les enfants d'âge scolaire et les adolescents, enfants de migrants (De Plaen et Moro, 1999 ; Moro, 1998 ; 2007). En dehors des paramètres déjà retrouvés par les équipes antérieures, ont été mis en évidence l'importance de l'élaboration de l'altérité culturelle, de la construction d'un sens avec la famille, l'impact de l'exploration des niveaux ontologiques, étiologiques et thérapeutiques pour chaque situation sur la qualité du récit, l'importance de l'énoncé d'un récit singulier et contextualisé dans les mécanismes de changement, la nécessité de travailler sur les productions imaginaires actualisées dans la relation thérapeutique pour reconstruire cette transmission parents-enfants et l'intérêt de travailler sur la conflictualité interne des enfants soumis à un certain degré de dissociation entre filiation et affiliation… Ainsi, cette technique psychothérapique comporte des facteurs communs à toute psychothérapie comme la mise en place d'un cadre, la construction d'un récit, etc. et aussi des facteurs spécifiques liés à la nature même de la technique.

Les données de cette recherche clinique nous conduisent à l'éclectisme au sein même de la consultation sachant que l'étape ultime sera la construction de liens entre ces hypothèses de sens et surtout la possibilité pour le patient de construire son propre récit en s'appuyant sur ces représentations plurielles. Ainsi, ce dispositif de soins qui intègre la dimension psychique et culturelle de tout dysfonctionnement humain n'est pas à proprement parler un dispositif spécifique. Il serait plus exact de dire qu'il s'agit d'un cadre psychothérapique complexe et métissé qui permet le décentrage des thérapeutes et par-là même la prise en compte de l'altérité culturelle des patients migrants mais, en fait, intéressant pour tous, migrants ou pas, métisses ou pas. Loin d'être des obstacles, la langue des patients, leurs représentations culturelles, les logiques culturelles qui les imprègnent deviennent alors des éléments du cadre thérapeutique et des sources de créativité aussi bien pour les thérapeutes que pour les patients.

6 Sur ce sujet *cf.* Moro et Lachal (1996).

Quand proposer une approche transculturelle ?

Quand peut-on penser qu'une prise en charge psychothérapique intégrant la dimension culturelle est nécessaire ? Schématiquement, nous proposons deux types d'indications, que ce soit pour des individus quelque soit leur âge ou des familles, et que ce soit des patients qui ont migré eux-mêmes ou des enfants voire des petits enfants de migrants.

En première intention, on peut proposer une telle psychothérapie ou des consultations thérapeutiques aux patients dont la symptomatologie apparaît comme une conséquence directe de la migration à court, moyen ou long terme ; aux patients qui présentent une symptomatologie codée culturellement : mise en avant d'une théorie étiologique culturelle telle que la sorcellerie, la possession, etc. Ou lorsque le symptôme lui-même est directement codé dans sa forme même : transe, communication avec des êtres culturels, etc. ; aux patients, enfin, qui demandent explicitement ce décentrage culturel : ils évoquent la nécessité de repasser par leur langue, de s'occuper des « choses du pays »... Ces indications concernent aussi bien les premières que les secondes générations pourvu que l'un des paramètres cités existe. Dans toutes ces indications, le dispositif transculturel est susceptible de fonctionner comme une véritable machine à fabriquer des liens entre les univers d'appartenance du patient (ici et là-bas) et pour les enfants de migrants, entre l'univers des parents et celui de l'extérieur.

La seconde intention concerne le cas de figure le plus fréquent dans notre consultation, c'est-à-dire quand le patient a déjà bénéficié d'une autre prise en charge dans un cadre classique. C'est cette indication en seconde intention que nous souhaitons favoriser. On propose un dispositif transculturel aux patients qui errent d'un système occidental de soins (médecins, psychiatres, psychothérapeutes, etc.) à un système traditionnel (consultation de guérisseurs au pays et ici) sans pouvoir faire de liens entre ces lieux et sans qu'aucun ne déclenche de véritable travail d'élaboration et de transformation de la situation. On le proposera aussi aux patients migrants en errance qui, à la suite de parcours de soins souvent chaotiques, sont exclus de fait de tout lieu de soins. Enfin, à tous ces patients qui disent ne pas être compris, parlent de malentendus ou parfois de manque de respect à leur égard voire de rejet. Ils arrêtent leur prise en charge ou refusent, pour la famille ou l'enfant, tout nouveau projet de soins.

Enfin, comme toute technique psychothérapique, l'ethnopsychanalyse reconnaît des limites : générales, celles de toute psychothérapie ; et spécifiques : non-préparation du patient et de sa famille à l'élaboration de l'altérité culturelle qui est déniée ou refoulée, patients en rupture avec leur groupe d'appartenance ou encore, nécessité d'une élaboration strictement individuelle de la souffrance psychique. Dans ce cas, nous proposons plu-

tôt des thérapies individuelles classiques sachant que le maniement du matériel culturel ne peut pas être fait en individuel, il peut simplement être raconté et éclairer le récit. La première consultation doit négocier le cadre et la forme du suivi : en individuel, en groupe, avec telle ou telle manière de faire. On négocie aussi sa temporalité : toutes les semaines, tous les mois, voire tous les 2 à 3 mois. La première consultation sert à définir tous ces éléments qui ne vont pas de soi et qui seront modifiés au cours du suivi.

Ni magique, ni exotique, une pratique du lien pour tous

Ainsi, les représentations culturelles donnent une préforme aux représentations individuelles et leur servent de canal sémantique pour la construction de récit, ce sont de véritables principes de narrativité. Les méandres des désirs de l'être humain et ses conflits nourrissent, dans ce domaine comme dans bien d'autres, l'extraordinaire diversité humaine. L'enjeu reste cependant celui de l'introduction de ce type de représentations culturelles dans nos outils de soins.

Ni magique, ni « démoniaque », l'ethnopsychanalyse comme toute technique psychothérapique reconnaît des indications et des limites qu'il faut préciser loin des passions idéologiques obscurcissantes. La clinique transculturelle n'est pas une clinique réservée aux experts ou aux voyageurs. Elle appartient à tous ceux qui se donnent la peine d'une formation rigoureuse et multiple.

Expérimenter la différence – Avicenne l'andalouse

Différents paramètres issus du cadre ethnopsychanalytique peuvent être intégrés dans des lieux non spécifiques en fonction de la personnalité du clinicien, de son aisance avec tel ou tel élément, du lieu d'exercice, etc. Mais pour introduire progressivement toutes ces modifications dans nos cadres de prévention et de soins, il faut explorer leur pertinence et leur formidable efficacité à partir de l'expérience des autres ou en se donnant soi-même les moyens de les expérimenter. Tous ces apprentissages, nous les faisons collectivement à Avicenne, nous les faisons grâce à ce formidable lieu de rencontres qu'est devenue cette consultation transculturelle. C'est une entreprise véritablement collective et cosmopolite. Nos collaborateurs sont maintenant très nombreux, une vingtaine de thérapeutes en permanence et puis tous ceux qui passent, travaillent un temps, repartent dans un terrain, retournent dans leur pays d'origine ou vont travailler ailleurs. Il y a aussi beaucoup de stagiaires ou d'invités qui apportent leur regard neuf sur ce lieu thérapeutique ouvert sur la cité et sur le monde.

Psychothérapies des migrants : aménager le cadre en dehors d'une consultation spécialisée

Les lieux de soins spécialisés dans la prise en charge transculturelle ne s'adressent pas *a priori* à tous les migrants présentant des troubles psychiques, et ils reconnaissent généralement des indications spécifiques. Ces lieux sont encore peu nombreux, et il est frappant de constater qu'il existe peu de travaux de langue française sur la question des aménagements éventuellement nécessaires pour la prise en charge des migrants au sein des dispositifs de soins existants. Ces aménagements ne sont pas nécessaires pour tous les migrants mais pour certains ils sont indispensables pour préciser le diagnostic, établir une alliance thérapeutique, et permettre la guérison — il faut donc systématiquement en évaluer la nécessité.

Nos manières de faire contiennent des implicites difficilement acceptables pour certains patients et il existe d'autres manières de soigner. Les moyens utilisés dans le monde afin de soulager la souffrance psychique et les troubles du comportement sont nombreux, et Tseng (1999) en a fait une revue détaillée. Certaines de ces techniques font appel à des théories qui ne sont pas explicitement « psychologiques » comme celles qui reposent sur la transe, la religion, la divination, la méditation. Les psychiatres occidentaux sont fréquemment étonnés du peu de place apparemment accordé à la problématique individuelle dans ces manières de faire. Ce serait cependant une erreur de considérer que le but n'est pas d'obtenir des remaniements intrapsychiques : simplement, ce but est ici implicite, et il est obtenu à partir de la restructuration des liens du patient. Par ailleurs ces représentations, théories et logiques thérapeutiques ne sont pas extérieures au sujet : elles sont en interaction avec lui. Énoncer la polarité qui relie au monde signifie *ipso facto* que l'on prend en compte celle qui donne sens au vécu intérieur. Une deuxième catégorie de techniques de soins comprend celles qui sont fortement influencées par une culture et qui cherchent explicitement à obtenir des modifications psychologiques, en général dans une situation précise. On peut citer les Alcooliques anonymes et la psychothérapie existentielle, très liés aux sociétés occidentales, ou bien, au Japon la thérapie de Morita destinée à traiter l'anthropophobie (Morita, 1928). La troisième catégorie comprend les thérapies développées en Europe et en Amérique du Nord où elles sont considérées comme les formes « conventionnelles » de thérapie : thérapies psychanalytiques, cognitivo-comportementales, systémiques, etc. Elles sont aussi marquées par le contexte culturel dans lequel elles sont nées, même si cela est plus difficile à repérer pour les cliniciens qui en partagent les implicites culturels !

Il est aujourd'hui établi que toutes ces techniques peuvent être utilisées en situation transculturelle, mais qu'elles nécessitent fréquemment d'être adaptées (Kleinman, 1988 ; Lloyd et Bhugra, 1993 ; Littlewood, 2001 ;

Tseng, 1999). Par exemple se centrer sur l'individu et fixer comme objectif au traitement de gagner en indépendance et en autonomisation peut se révéler problématique pour des patients issus d'aires culturelles dans lesquelles l'interdépendance est encouragée et parfois vitale. Lloyd et Bhugra (1993) ont ainsi passé en revue les adaptations qu'il était nécessaire d'apporter à ces différents types de thérapies pour une pratique en Inde.

Aménager le cadre des interventions psychothérapiques présente un triple intérêt : améliorer la qualité de l'évaluation (parfois la modification du cadre permet même de modifier radicalement un diagnostic), améliorer l'alliance thérapeutique avec le patient (Do, 2000 ; Snacken, 1991), et donc augmenter les chances de réussite du traitement. Ces adaptations doivent être pensées à un niveau technique, il s'agit des aménagements nécessaires dans la mise en place et le déroulement de la psychothérapie ; et à un niveau théorique, de la prise en compte du concept de culture comme paramètre significatif pour la compréhension des processus psychopathologiques. Nous n'évoquerons ici que les aménagements techniques.

La *relation duelle* ne va pas de soi pour un patient venant d'une culture non occidentale où l'individu est pensé en interaction constante avec ses groupes d'appartenance (famille, communauté, etc.). Cette relation duelle est donc parfois vécue par le patient comme violente, intrusive et menaçante. Lorsque tel est le cas, il faut reconstituer avec lui les conditions de son intimité, les conditions du déploiement de sa subjectivité. Il importe alors d'introduire la notion de groupe en demandant au patient de venir avec quelqu'un qu'il choisira, et d'introduire soi-même dans la consultation une autre personne (ce qui, par exemple, est facile en institution).

De même, la technique d'entretien doit être pensée : les *questions*, toutes les questions mais surtout les questions directes sur l'intimité, sur l'intérieur de la maison, sur la vie de couple, sur le privé, etc. ainsi que les questions sur des aspects culturels pensés comme allant de soi pour les patients tels que la polygamie, les rites, etc. toutes ces formulations interrogatives qui présupposent de notre part des implicites sinon, nous ne les poserions pas. Toutes ces questions sont souvent vécues comme violentes, intrusives déplacées, saugrenues mais aussi parfois impolies car elles ne respectent pas les règles culturelles de l'échange : ordre des générations, différence des sexes, place respective des enfants et des adultes, etc. Les questions sont souvent de trop et plutôt que de poser des questions, il est plus utile de proposer ses propres représentations pour permettre qu'un récit se déroule au rythme du patient. De même, toujours pour favoriser le récit, il importe de respecter l'ordre culturel de la famille : parfois, il peut être difficile d'avoir accès à la femme, à la mère sans avoir demandé l'autorisation au mari — voulant parfois rester loyale à son mari, elle ne pourra s'exprimer librement, il convient alors de négocier cette autorisation pour qu'elle puisse venir aux entretiens, à l'école, au dispensaire, et s'exprimer à sa guise. Ces exemples ne doivent

pas être érigés en règle, en recette, en nouveau carcan pour les femmes, les hommes, les familles migrantes et leurs enfants. Ces éléments de base doivent être connus et entrer dans la négociation du cadre de tout travail. Il est, bien sûr, d'autres points tels que l'analyse de notre contre-transfert culturel, l'introduction de la langue maternelle du patient. À ce propos il faut souligner l'importance d'avoir un interprète extérieur à la famille, sans quoi une partie de la problématique du patient risque de ne pouvoir être exprimée, et ce d'autant plus que ce sont souvent les enfants des patients qui, maîtrisant mieux la langue, sont sollicités…

Il est également nécessaire de partir des représentations du patient sur ce qui lui arrive, sur ses attentes par rapport au traitement, sur ce que signifie être malade et être guéri. Il est frappant de constater que les opinions du clinicien et celles du patient sont parfois divergentes sur ce point. Les représentations culturelles sur les troubles sont rarement exprimées spontanément, il est pourtant important qu'elles puissent être dites, pour ne pas redoubler le clivage entre les univers d'appartenance. Il est en effet très dommageable de condamner les patients à se taire sur ces questions. Il est important de signifier au patient que l'on est prêt à les entendre, ce qui peut être fait de différentes manières, comme par exemple en demandant si quelqu'un dans la famille a évoqué des causes possibles aux troubles, en demandant si des guérisseurs ou des religieux ont été consultés, etc. Il ne s'agit ici pour le clinicien ni de manier des étiologies traditionnelles, ni de les interpréter selon ses propres grilles de référence, mais simplement de permettre qu'elles soient dites lorsqu'elles existent, ce qui permet également de coconstruire avec le patient un sens pertinent aux troubles, cadre thérapeutique ad hoc, et de renforcer l'alliance thérapeutique.

D'autres paramètres issus du cadre ethnopsychanalytique peuvent être intégrés dans des lieux non spécifiques en fonction de la personnalité du clinicien, de son aisance avec tel ou tel élément, du lieu d'exercice, etc. comme la modification de la temporalité (consultations plus longues), la constitution d'un petit groupe de cothérapeutes, etc.

Tous ces aménagements sont possibles dans tout cadre de soins, ou peuvent le devenir, dès que nous sommes convaincus de leur efficacité. Ici comme ailleurs, la pensée précède l'acte.

Bibliographie

Bertina A. Le Dehors ou la Migration des truites. Arles : Actes Sud ; 2001.

De Plaen S, Moro MR. Œdipe polyglotte. Analyse transculturelle. J Psychanal Enfant 1999 ; 24 : 19–44.

De Plaen S, Moro MR, Pinon-Rousseau D, Cissé C. L'enfant qui avait une mémoire de vieux… Un dispositif de soins à recréer pour chaque enfant de migrants. Prisme 1998 ; 8 (3) : 44–77.

Devereux G. (1967) De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement. Paris : Flammarion ; 1980.
Devereux G. (1970) Essais d'ethnopsychiatrie générale. Paris : Gallimard ; 1983.
Devereux G. (1972) Ethnopsychanalyse complémentariste. Paris : Flammarion ; 1985.
Do E. Alliance thérapeutique en situation transculturelle, aléas et construction. Perspectives Psy 2000 ; 39 (4) : 313–20.
Freud S. (1910) Perspectives d'avenir de la thérapeutique psychanalytique. In : La technique psychanalytique. Paris : PUF ; 1970.
Kleinman A. Rethinking Psychiatry, From Cultural Category to Personal Experience. New-York : The Free Press ; 1988.
L'autre, Cliniques, Cultures et Sociétés 2001 ; 2 (2) « Ces objets qui soignent »..
Littlewood R. Psychotherapy in cultural contexts. Psychiatr Clin North Am 2001 ; 24 (3) : 507–22.
Lloyd K, Bhugra D. Cross-cultural aspects of psychotherapy. Int Rev Psychiatry 1993 ; 5 : 291–304.
McDougall J. Plaidoyer pour une certaine anormalité. Paris : Gallimard ; 1978.
Morita S. (1928) Shinkeishitsu (psychopathologie et thérapie) – Préface de Pierre Pichot. Le Plessis-Robinson : Institut Synthelabo ; 1997.
Moro MR. La construction de l'interaction. Fonctionnement des systèmes de représentations culturelles dans les psychothérapies mère-enfant. Thèse pour l'obtention du doctorat de psychologie : Université Paris-VIII ; 1991.
Moro MR. (1994) Parents en exil. Psychopathologie et migrations. Paris : PUF ; 2001.
Moro MR. Psychopathologie transculturelle des enfants de migrants. Paris : Dunod ; 1998 1998. [2e édition 2000 sous le titre Psychothérapie transculturelle des enfants et des adolescents].
Moro MR. Enfants d'ici venus d'ailleurs. Naître et grandir en France. Paris : Syros/La Découverte ; 2002.
Moro MR. Aimer ses enfants ici et ailleurs. Histoires transculturelles. Paris : Odile Jacob ; 2007.
Moro MR, Lachal C. Introduction aux psychothérapies. Paris : Nathan ; 1996.
Moro MR, Pury Toumi (De) S. Essai d'analyse des processus interactifs de la traduction dans un entretien ethnopsychiatrique. Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie 1994 ; 25–26 : 47–85.
Nathan T, Moro MR. Enfants de djinné. Évaluation ethnopsychanalytique des interactions précoces. In : Lebovici S, Mazet P, Visier JP. Évaluation des interactions précoces. Paris : Eschel ; 1989. p. 307–40.
Nathan T. La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique. Paris : Dunod ; 1986.
Roheim G. (1943) Origine et fonction de la culture. Paris : Gallimard ; 1972.
Sindzingre N. La notion de transfert de représentations : l'exemple des aspects culturels de l'infortune. Anthropologia Medica 1989 : 5–6.
Snacken J. La culture : mais à quel niveau ? In : Leman J, Gailly A. Thérapies interculturelles – L'interaction soignant soigné dans un contexte multiculturel et interdisciplinaire. Bruxelles : De Boeck Université ; 1991. p. 143–50.
Tseng WS. Culture and psychotherapy : review and practical guidelines. Transcult Psychiatry 1999 ; 36 : 131–79.
Zempléni A. La « maladie » et ses « causes ». Introduction. L'Ethnographie 1985 ; 81 (2–3) : 13–44.

III

Âges de la vie

9 Périnatalité : des mères et des bébés en exil

Marie Rose Moro, Claire Mestre, Isabelle Réal

On ne naît pas parents, on le devient… La parentalité se fabrique avec des ingrédients complexes. Certains sont collectifs, ils appartiennent à la société tout entière, changent avec le temps, ceux-là sont historiques, juridiques, sociaux et culturels[1]. D'autres sont plus intimes, privés, conscients ou inconscients, ils appartiennent à chacun des deux parents en tant que personne et en tant que futur parent, au couple, à la propre histoire familiale du père et de la mère. Ici se joue ce qui est transmis et ce que l'on cache, les traumas infantiles et la manière dont chacun les a colmatés. Et puis, il est une autre série de facteurs qui appartiennent à l'enfant lui-même qui transforme ses géniteurs en parents. Certains bébés sont plus doués que d'autres, certains naissent dans des conditions qui leur facilitent cette tâche, d'autres par leurs conditions de naissance (prématurité, souffrance néonatale, handicap physique ou psychique, etc.) doivent vaincre bien des obstacles et déployer des stratégies multiples et souvent coûteuses pour entrer en relation avec l'adulte sidéré. Le bébé, on le sait depuis les travaux de Cramer, Lebovici, Stern et bien d'autres, est un partenaire actif de l'interaction parents-enfants et par-là même de la construction de la parentalité. Il contribue à l'émergence du maternel et du paternel dans les adultes qui l'entourent, le portent, le nourrissent, lui procurent du plaisir dans un échange d'actes et d'affects qui caractérise les tout premiers moments de la vie de l'enfant.

Ces dernières années, l'approche périnatale s'est complexifiée en intégrant dans ses outils de compréhension et d'action la composante culturelle. Dans ce domaine plus encore que tout autre, la complémentarité des approches, des regards et des interventions est nécessaire. En effet, grossesse, accouchement, mise en place des interactions précoces et construction de la parentalité sont à la fois des actes profondément intimes, intrapsychiques et intersubjectifs et des actes médicaux, sociaux et culturels qui s'inscrivent dans les processus de transmission de la vie dans un groupe ouvert. À partir de la clinique quotidienne en banlieue

1 Trois numéros d'une revue transculturelle internationale, *L'autre*, donnent un panorama exhaustif des travaux récents et des expériences cliniques dans le domaine de la psychiatrie transculturelle en périnatalité en France et dans le monde (*L'autre* n° 1, 8, 14).

parisienne - banlieue multiculturelle - on montrera l'impact thérapeutique de cette perspective. Deux processus thérapeutiques propres à cette période périnatale seront étudiés : la nécessité d'aider ces mères migrantes vulnérabilisées par la situation migratoire à se reconstruire et pas seulement à travailler sur les défenses ; ceci est rendu possible par la transparence psychique et la préoccupation maternelle primaire propres à cette période qui s'expriment de manière singulière pour chacune d'elle. Il importe de travailler directement avec le bébé et pas seulement avec la mère dans une triade ouverte bébé/mère/thérapeute. Un "groupe" est amené progressivement autour de la mère : groupe imaginaire actualisé par la relation transférentielle, puis concret en s'appuyant sur les ressources familiales et sociales. La clinique périnatale par définition ne peut être que pluridisciplinaire et contextualisée.

Pour analyser les implications cliniques et thérapeutiques de cette approche transculturelle en périnatalité, nous nous appuierons sur l'expérience de la consultation transculturelle de la maternité[2] et du service de médecine de la reproduction de l'hôpital de Jean Verdier, à Bondy, dans la banlieue parisienne, banlieue multiculturelle, consultation mise en place par Dominique Neuman et Marie-Rose Moro en 1999 à partir de l'expérience plus ancienne de l'hôpital Avicenne près de Paris où une consultation transculturelle a été créée il y a une trentaine d'années (Moro et coll., 2004).

Processus psychiques de la migration

La grossesse dans toutes les sociétés est vécue comme un moment de fragilité pour la mère. La naissance est aussi conçue comme un passage pour la femme qui change de statut. Comme tout passage, il est accompagné de rituels mais aussi de paroles, d'initiation à des pratiques. Les rituels accompagnant la naissance sont moins évidents désormais[3]. Or, la clinique des femmes migrantes révèle que souvent elles se considèrent dans une période liminaire, dans le monde des vivants, mais très sensible au monde de l'invisible et au monde des morts. Elles l'expriment parfois dans des rêves obscurs et effrayants, ou bien par des sensations parfois mal définies. Mais ce qui semble être une plainte particulièrement insistante chez les femmes migrantes pourrait se résumer en quelques mots : « je suis seule » et « ma mère et ma famille me manquent ». Ou bien encore « comment vais-je m'occuper du bébé, le porter, lui faire prendre son bain… ? ». Or, ces paroles

2 Service du Pr. M. Uzan.

3 On peut dire que les voies de transmission ont changé : la médicalisation les a fortement modifiées. Ce qui relevait de la transmission familiale est désormais confié aux professionnels.

arrivent dans un contexte bien spécifique de la migration qu'il nous faut appréhender, voire déconstruire. L'hypothèse développée est que la grossesse impose un travail psychique, propre à chaque femme, mais compliqué par les contraintes imposées de la migration : l'acculturation, la solitude et l'individualisme. En effet, elles vont devoir faire avec une solitude qui n'est pas seulement de l'isolement, et qui dénude les processus psychiques traditionnellement relayés par les pratiques culturelles dans d'autres contextes et environnements.

La solitude comme contrainte

La solitude n'est certes pas l'apanage exclusif des femmes migrantes. Que dire des femmes françaises qui connaissent le plus souvent presque les mêmes conditions de grossesse et d'accouchement ? C'est pourquoi cette solitude est à problématiser et à penser comme une donnée à construction anthropologique et historique. Stork (1999) fait de la solitude de la mère en Occident un mode culturel et habituel de la mère française, alors qu'il constitue un véritable traumatisme pour les mères migrantes, surtout pour celles qui viennent d'un milieu traditionnel. Elle modifierait les attitudes maternelles et rendrait les mères paradoxalement moins disponibles à l'égard de leur enfant, en plus du débordement qu'elle suscite. Le face à face mère-enfant constitue ainsi une contrainte pour (toutes) les mères, surtout quand leur culture préconise une circulation de l'enfant entre les membres de la famille (Rabain-Jamain et Wornham, 1990). Les femmes migrantes expliquent notamment combien dans leur pays, les femmes enceintes sont aidées et entourées dès la grossesse puis quand l'enfant paraît, un personnage féminin expérimenté ainsi que les aînées leur montrent les premiers gestes à réaliser, certaines techniques (le bain, l'emmaillotement, le massage, etc.), bref, les pratiques de maternage et procèdent à une véritable initiation au rôle de mère (Lallemand et coll., 1991). La solitude, par carence de cet accompagnement, devient alors une menace. Une jeune femme venue de Turquie m'expliquait comment le personnage le plus dangereux pour l'enfant est le personnage même de la mère, du fait en particulier de son regard (ce que l'on nomme *mauvais œil*). On peut aisément comprendre combien cette crainte peut être accentuée dans la solitude. Cette problématique a été étudiée (Moro, 1994) avec l'idée des indispensables commères (dans le sens être « mère avec »).

La solitude maternelle, conséquence de l'absence de la propre mère, est également une construction historique. En France et probablement dans les sociétés occidentalisées, la mère a été exclue progressivement et énergiquement de l'accouchement de sa fille, car elle a été jugée comme une rivale par les professionnels, les puériculteurs (Delaisi De Parseval et Lallemand, 1980 ; Loux, 1990). Quel est alors le retentissement de cette solitude, faite de l'absence du groupe des commères sur les femmes qui en font la

cruelle expérience ? Cyrulnik résume la situation dans *Un merveilleux malheur* (2004) de la façon suivante : les femmes migrantes isolées oublient en une génération les rituels prescrits et la force qui façonne l'enfant vient alors de la personnalité de la mère et non de la tradition du groupe. Cette affirmation simple et rapide a cependant le mérite de mettre en perspective une dialectique entre la transmission par le groupe des pratiques de maternage et les compétences personnelles de la mère. Si le groupe disparaît comme source de transmission, les compétences de la mère sont alors très fortement sollicitées. Cela répond d'ailleurs à plusieurs exigences de notre société : la sollicitation et la valorisation de l'intériorité, l'obligation d'être « une bonne mère », être de « bons parents », qui introduisent une hyper-responsabilisation des parents en répondant à la logique moderne de la valorisation de l'individu comme lieu de réalisation de soi[4].

Ainsi la naissance en migration permet l'observation de bouleversements majeurs culturels et psychologiques qui ont aussi été à l'œuvre dans la société occidentale et qui s'actualisent chez les femmes migrantes. Ces bouleversements ont trait à l'individualisme comme valeur cardinale de notre société. La migration est donc une situation extraordinaire permettant d'appréhender comment les femmes font appel à diverses ressources personnelles et font sans leur mère lorsqu'elles viennent d'une société où la place des commères est essentielle dans la transmission.

Mettre au monde loin de sa mère

Monique Bydlowski (1997) accorde une place fondamentale à la mère de la future mère : les processus psychiques que sont l'identification, la gratitude et l'idéalisation seraient les processus habituels qui sont les signes d'un développement psychique de grossesse harmonieux. Mais la psychanalyste note également que pour certaines femmes, des événements tels que le deuil ou l'éloignement provoquent une conflictualité de la maternité due au décalage entre représentations maternelles et réalité (2000). Cette problématique est une entrave fréquente pour les femmes migrantes, celles notamment dont l'univers culturel accorde une place essentielle à la figure maternelle dans la période périnatale.

Mais toutes les femmes en migration ne réagissent pas de la même façon à cette absence (Mestre, 2006). L'impact des affects de tristesse et de douleur

4 Gérard Neyrand, sociologue, pense que cette injonction sociale forte d'être une bonne mère, avec son cortège de responsabilités mais aussi d'exigence et de culpabilité, est la déformation de l'expression winnicottienne d'une « mère suffisamment bonne ». On notera en suivant comment la psychanalyse et la psychologie de l'enfant par leur vulgarisation et leur diffusion impriment des valeurs à notre société.

est probablement modulé par la qualité de l'attachement à leur propre mère, et par celle des compétences corporelles de portage du bébé, compétences qu'elles ont pu acquérir au cours de leur enfance ou lors d'une expérience antérieure de maternage. Accoucher loin de sa mère peut ainsi engendrer une situation risquée voire catastrophique, avec des affects de détresse, gênant les premières relations au bébé. La présence de la mère ou d'un substitut maternel les conforte dans leurs ressources, quelles qu'elles soient, psychiques et/ou culturelles. Yahyaoui et Ethiard (1993) avaient établi l'importance de « l'enveloppe culturelle »[5] dans une étude analysant l'impact de l'absence de la grand-mère sur la dyade mère-enfant dans une population maghrébine migrante : dans leur étude, les femmes dont la mère était absente au moment de l'accouchement présentaient plus de complications médicales ou bien de difficultés à s'occuper de leur enfant. Ceci confirme l'importance de la mère de la mère, ou bien celle d'autres substituts maternants, dans une fonction d'étayage auprès de sa fille. Cette absence peut aller jusqu'à affecter la santé de la mère et le déroulement de la naissance.

Ainsi, le contexte de la grossesse et de la maternité est déterminant pour la mère dans l'utilisation de ses compétences psychiques et culturelles. Les ressources intérieures sont précieuses mais fortement dépendantes de l'enveloppe culturelle. L'absence maternelle ou d'un substitut l'escamote et n'offre plus sa fonction d'étayage : elle peut abraser la qualité des ressources internes de la nouvelle mère. Elle se trouve alors dans une situation d'équilibriste plus ou moins adroit à la merci de la moindre rafale de vent.

Vulnérabilité somatique, vulnérabilité psychique

Une des conséquences médicales fréquemment observées est l'incidence élevée d'un symptôme connu, « l'hyperemesis gravidarum », défini comme les vomissements gravidiques nécessitant parfois une hospitalisation, pis menaçant la grossesse. Ce symptôme classique semble toucher de façon élective les femmes migrantes. C'est souvent dans ce cadre que j'ai[6] été amenée à rencontrer des femmes en hospitalisation[7]. Ce symptôme a également été observé au Canada chez des femmes migrantes vietnamiennes (Groleau, 2005). Il semble que les femmes primipares soient les plus exposées. Une

5 Les auteurs entendent comme enveloppe culturelle « les composantes maternelles groupales et magiques » qui assurent des fonctions de maintenance, de contenance, de pare-excitation et d'inscription des traces pour la dyade mère-enfant.

6 Claire Mestre.

7 La consultation de médecine transculturelle a lieu également à la maternité de Bordeaux, une fois par semaine. Le travail avec la maternité est étroit avec notamment des formations régulières faites par l'équipe de Claire Mestre.

autre donnée clinique est la collusion fréquente entre la découverte de la grossesse comme une conviction interne et le sentiment aigu et douloureux d'être une étrangère dans le pays d'accueil. Ce mélange désagréable se traduit par des désordres corporels dont les vomissements, mais aussi des insomnies, des pensées surgies du passé et que l'on croyait oubliées. Il semble ainsi que les transformations corporelles peuvent être vécues de façon négative surtout si elles ne trouvent pas d'écho ou de support dans des données culturelles. Ainsi les envies, ce besoin impérieux de nourriture particulière souvent moqué dans nos sociétés, peuvent être l'objet de pratiques culturelles et de sens à chercher (Ravololomanga, 1991).

Lors des entretiens avec des femmes douloureuses dans leur corps, des questions émergent fréquemment. Elles sont brutales dans leur apparition et concernent différents aspects de la vie psychique : les conflits anciens non réglés, les relations avec les vivants et les morts.

Aïcha est confiée à la consultation de médecine transculturelle de la maternité par une sage-femme pour une tristesse et des vomissements gravidiques importants. Il s'agit d'une jeune femme de 32 ans, la tête couverte, marocaine. Elle parle convenablement le français mais utilisera très volontiers l'arabe. Elle est enceinte d'environ 5 mois et attend son premier enfant. Elle a perdu 10 kg depuis le début de sa grossesse et a des troubles du sommeil. Elle est triste : sa famille lui manque beaucoup, surtout sa mère. Elle est mariée avec un cousin dans une alliance librement consentie. Le mariage a l'air d'être heureux même si le mari ne comprend pas le sentiment lourd de solitude de sa femme. Aïcha évoque de façon très directe sa vie intérieure : ses rêves, du présent et du passé. Elle rêve actuellement de morts, des morts de sa famille qu'elle a beaucoup aimés : la belle-mère de sa sœur, la femme de son grand-oncle, et une nourrice. Les rêves en soi ne l'effraient pas mais c'est la solitude dans laquelle elle les affronte qui lui fait peur. Les échanges par téléphone avec sa sœur ne lui suffisent plus. Quelques consultations permettront de la rassurer et de renforcer sa capacité à être seule.

D'autres questions apparaissent, celles concernant le portage de l'enfant. Fréquentes lors de l'annonce de la grossesse, elles s'éloignent ensuite pour se réactualiser au moment de la naissance.

Maïmouna est une jeune femme sénégalaise, habillée à l'occidentale. Sa grossesse a commencé avec de nombreuses hospitalisations pour vomissements. Mariée à un homme sénégalais installé de longue date en France, elle l'a rejoint et cette grossesse non attendue met en péril ses projets universitaires très ambitieux. Maïmouna a tout de même été rassurée par une conversation téléphonique avec sa mère, qui a toujours poussé sa fille à étudier, mais approuve cette grossesse. En consultation, elle évoque sa propre naissance : elle a été confiée à sa grand-mère maternelle qui l'a complètement élevée. Elle a entendu

de façon très allusive que ses parents avaient été dissuadés de rester ensemble pour des raisons de mésalliance ethnique. L'enfant avait été confiée et la mère avait refait sa vie. Il reste cependant un secret qui pèse sur les circonstances de sa naissance. Finissant un entretien elle s'interroge tout haut : « comment vais-je porter l'enfant ? ».

Comment porter l'enfant ? Comment « accoucher en français » ? sont autant d'expressions qui interrogent une donnée spécifique et propre à la grossesse, mais fortement menacée en migration : la transmission transgénérationnelle. Elle se situe au croisement de ce qui vient du dedans et du dehors, le dehors comportant en particulier les systèmes de parenté, d'alliance et d'interdit, les relations d'échange et de fratrie. « Avant de naître un être humain doit avoir été conçu » (Godelier, 2003) et ceci grâce aux représentations qui accompagnent la fabrication d'un enfant, la façon de l'inscrire dans une lignée, une cosmogonie, en le nommant et en ritualisant sa venue. Ainsi Godelier (*ibid.*) nous donne l'exemple des Inuit : « (...) le nouveau-né n'existe pas encore comme être social, comme un Inuit. Il le devient lorsqu'il reçoit de ses parents un ou plusieurs noms lors d'une cérémonie à laquelle assistent toute sa parentèle, ainsi que des voisins et amis de ses parents. Or pour les Inuit les noms ne sont pas des étiquettes. Ils ont une âme, ils sont des âmes. Ils contiennent en eux l'identité et l'expérience de la vie de ceux qui les ont portés ». Ainsi, les parents choisissent-ils des noms de ceux, amis ou parents, qui sont décédés avant ou pendant la grossesse, et que les parents désirent faire revivre auprès d'eux. Sur le plan psychique, la réalité de l'exil semble menacer le contrat narcissique (Aulagnier, 1975) qui unit le sujet en devenir et son groupe, et qui lui assure une continuité. La mère migrante aurait à réactualiser ses fondements, sa filiation face à l'obligation d'accoucher *en français,* c'est-à-dire au sein d'une société et d'une culture qui ne sont pas (encore) les siennes. Ainsi, quand la mère pose la question de comment porter l'enfant, il faut l'entendre au-delà du portage physique : il faut toute une lignée pour porter la mère qui porte son enfant.

Rétablir le dialogue avec leur histoire

La transparence psychique est un état décrit par Monique Bydlowski (1991) : il existe normalement lors de la grossesse et repose sur une diminution du refoulement, la femme ayant accès à des éléments de son enfance dont des éléments traumatiques. La transparence culturelle repose sur le mécanisme psychique de la transparence psychique (Moro, 1998). La femme a accès à des éléments de son histoire sous une forme codée par sa culture. Ces éléments ont souvent à faire avec son appartenance, sa filiation, mais aussi son enfance. Cet état lui permettrait également de rendre manifestes les

éléments de sa culture et de se les réapproprier, et de trouver une issue possible à des conflits et des traumatismes. C'est tout le sens que nous donnons aux consultations transculturelles auprès des femmes enceintes. Les femmes accueillies par un groupe thérapeutique formé à l'importance de la culture sortent de leur solitude et peuvent rétablir le dialogue avec leur histoire : elles peuvent par exemple se réconcilier avec les défunts, les figures principales de leur enfance, renouant les fils de leur filiation. Elles peuvent ainsi régler leur compte aux fantômes et aux conflits grâce à un travail psychique que le groupe rendra possible par l'encodage culturel. En effet, l'encodage premier, refoulé, réapparaît lors de certaines grossesses. Ainsi, « l'enfant-ancêtre » n'est pas un diagnostic en soi, ni même une entité commodément et facilement brandie, mais une matrice de représentations dont la fonction analogique permet un travail sur la filiation de l'enfant, voire son mandat transgénérationnel. La consultation transculturelle permet de renouer avec ce que certaines « croyaient ne plus croire », selon l'expression d'une de nos patientes, c'est-à-dire avec un système de représentations désignant la place des défunts, les systèmes de parenté, mais aussi les représentations du désordre et de la maladie…

Les rêves des femmes dans la migration sont souvent un indice de ce travail : rêve qui transmet une information essentielle de leur filiation et celle de l'enfant à venir. Le rêve fait donc partie pour nous des ressources des femmes sur lesquelles elles peuvent s'appuyer si elles trouvent une personne qui pourra valider leur perception et leur compréhension. La prévention et le soin des femmes migrantes s'inscrivent ainsi dans la possibilité d'une rencontre transculturelle et métissée.

Une construction multiple de la parentalité

Il y a mille et une façons d'être père et d'être mère comme le montrent les travaux, nombreux, des sociologues et des anthropologues (Moro et coll., 2004 ; Moro, 2007). Toute la difficulté réside donc dans le fait de laisser de la place pour qu'émergent ces potentialités et que nous nous abstenions de tout jugement sur « la meilleure façon d'être père ou d'être mère ». Mais c'est un travail ardu, car la tendance naturelle de tout professionnel est de penser qu'il sait mieux que les parents eux-mêmes comment être avec l'enfant, quels sont ses besoins, ses attentes, etc. Notre rôle devient alors non pas de dire comment il faut être ou même comme il faut faire, mais de permettre que les capacités émergent chez les parents et de les soutenir. Des éléments sociaux et culturels participent à la fabrication de la fonction parentale. Les éléments culturels ont une fonction préventive en permettant d'anticiper le comment devenir parents et, si besoin, de donner un sens aux avatars quotidiens de la relation parents-enfants, de prévenir l'installation d'une souffrance.

Les éléments culturels se mêlent et s'imbriquent avec les éléments individuels et familiaux de manière profonde et précoce. Même lorsqu'on croyait les avoir oubliées, la grossesse, par son caractère initiatique, nous remet en mémoire nos appartenances mythiques, culturelles, fantasmatiques. Comment nous protéger en exil ? Comment avoir de beaux enfants[8] ? Là, il ne faut pas annoncer sa grossesse, ailleurs, il faut éviter de manger certains poissons ou des tubercules qui ramollissent à la cuisson, ailleurs encore il ne faut pas que le mari mange certains types de viande pendant que sa femme est enceinte… Plus loin encore, il faut garder ses rêves, les interpréter et respecter les demandes qui sont faites dans le rêve car c'est l'enfant qui parle… Ces éléments de l'ordre du privé dans l'exil (ils ne sont pas partagés par la société) vont parfois s'opposer aux logiques extérieures médicales, psychologiques, sociales et culturelles. Puis vient le moment de l'accouchement, moment technique et public — on accouche à l'hôpital sans les siens. Là encore, il y a mille et une façons d'accoucher, il y a mille et une façons d'accueillir l'enfant, de lui présenter le monde puis de penser son altérité, parfois même sa souffrance. Tous ces « petits riens » réactivés en situation de crise ravivent des représentations parfois dormantes ou que l'on croyait dépassées.

Au nom d'une universalité vide et d'une éthique réductionniste, nous n'intégrons pas ces logiques complexes, qu'elles soient sociales ou culturelles dans nos dispositifs de prévention de soins et dans nos théorisations. Nous nous interrogeons rarement sur la dimension culturelle de la parentalité mais surtout, nous ne considérons pas que ces manières de penser et de faire sont utiles pour établir une alliance, comprendre, prévenir, soigner. Nous estimons sans doute que la technique est nue, sans impact culturel et qu'il suffit d'appliquer un protocole pour que l'acte soit correctement accompli.

Pourtant et les quelques expériences cliniques le montrent[9], ces représentations partagées sont d'une efficacité certaine. D'un point de vue théorique, elles renouvellent nos manières de penser, nous obligent à nous décentrer, à complexifier nos modèles et à nous départir de nos jugements hâtifs. Penser cette altérité, c'est permettre à ces femmes de vivre ces étapes de manière non traumatique et de se familiariser avec d'autres pensées, d'autres techniques, etc. Car la migration entraîne avec elle cette nécessité du changement. Ignorer cette altérité, c'est non seulement se priver de l'aspect créatif de la rencontre, c'est prendre le risque que ces femmes ne

8 *Cf.* Lallemand et coll., 1991.

9 On pourra aussi consulter des textes de base sur les expériences transculturelles en périnatalité : Moro et coll. (1989) ; Nathan et Moro (1989) ; Moro et Mazet (1998) ; Moro (1997), etc.

s'inscrivent pas dans nos systèmes de prévention et de soins ; c'est aussi les contraindre à une solitude élaborative. Pour penser en effet, nous avons besoin de coconstruire ensemble, d'échanger, de confronter nos perceptions à celles de l'autre ; si cela n'est pas possible, la pensée ne s'appuie alors que sur elle-même et ses propres ressentis. Cette non-confrontation peut aussi conduire à une rigidification. C'est l'échange avec l'autre qui me modifie.La vulnérabilité des mères, de toutes les mères, à cette période est bien connue maintenant et théorisée en particulier à partir du concept de transparence psychique (Bydlowski, 1991) présenté plus haut.

Pour une prévention précoce des avatars de la parentalité

Dans cette réalité où différents niveaux interagissent entre eux, la dimension psychologique a une place spécifique en termes de prévention et de soins. La prévention, en effet, commence dès la grossesse, il faut aider les mères en difficulté à penser leur bébé à naître, à l'investir, à l'accueillir malgré la solitude dans laquelle elles vivent, solitude sociale mais plus encore existentielle. La culture partagée permet d'anticiper ce qui va se passer, de le penser, de se protéger. Elle sert de support pour construire une place à l'enfant à venir. Les avatars de cette construction du lien parents-enfants trouvent dans l'expérience du groupe social des noyaux de sens qui, dans la migration, sont beaucoup plus difficiles à appréhender. Les seuls points fixes sont alors le corps et le psychisme individuels, tout le reste devient mouvant et précaire. Pour les autres, les femmes autochtones en rupture sociale, toutes aussi isolées, elles se retrouvent elles aussi seules pour faire tout le travail d'humanisation du bébé, propre à toute naissance — l'enfant est un étranger qu'il faut apprendre à connaître et à reconnaître.

À la période périnatale, les ajustements sont nécessaires entre la mère et le bébé mais aussi entre le mari et la femme, les dysfonctionnements sont possibles, parfois inévitables, mais souvent transitoires si l'on intervient suffisamment tôt. Pour cela, il faut les déceler sous des traductions somatiques ou fonctionnelles, sous des demandes parfois difficiles à formuler car on ne sait pas à qui on peut les adresser et comment on doit le faire. Il faut donc apprendre à reconnaître le désarroi et le doute des mères migrantes à travers des petites choses (plaintes somatiques, inquiétudes par rapport au bébé, demandes d'aide sociale, etc.). Il faut surtout leur permettre de le dire dans leur langue quand c'est nécessaire, par l'intermédiaire d'autres femmes de la communauté dans d'autres cas.

La prévention précoce se situe dès lors, dès le début de la vie, dans les centres de Protection maternelle et infantile (PMI), les services de maternité

et de pédiatrie, dans les lieux d'accueil des tout petits, dans les cabinets des médecins de famille, dans les lieux enfin de psychiatrie infantile… Cette prévention en période périnatale est essentielle car ce moment est crucial pour le développement du bébé, on le sait, mais aussi car c'est là que se construit la place de l'enfant dans la famille.

Prévention certes, mais soins aussi. Les difficultés quotidiennes avec les familles migrantes ou les familles socialement défavorisées et leurs enfants nous contraignent à modifier notre technique de soins psychologiques et notre théorie pour les adapter à ces nouvelles situations cliniques de plus en plus complexes — nos manières de faire mais aussi nos modes de pensée. Il s'agit alors de modifier son propre cadre pour accueillir de manière adaptée ces enfants et leurs parents ou de passer le relais à une consultation spécialisée s'il y a lieu dans le cadre d'un réseau qui permet des liens et des allers-retours entre des lieux de prévention et de soins dans une complémentarité créative.

L'objectif est de permettre à ce parent de passer du dedans à ce dehors qui lui fait peur et parfois le menace en particulier lorsque l'enfant est vulnérabilisé par une prématurité ou une singularité qu'elle soit somatique ou psychique. Pour comprendre la réaction des parents dans ces situations, il importe de se représenter au moins partiellement leur parcours.

Grossesse et accouchement : des risques multiples

Traditionnellement la grossesse est un moment initiatique où la future mère est nécessairement portée par les femmes du groupe : accompagnement, préparation aux différentes étapes, interprétation des rêves, etc. La migration entraîne plusieurs ruptures dans ce processus de portage et de construction du sens : tout d'abord, une perte de l'accompagnement par le groupe, de l'étayage familial social et culturel et une impossibilité à donner un sens culturellement acceptable aux dysfonctionnements tels que la tristesse de la mère, le sentiment d'incapacité, les interactions mère-bébé dysharmonieuses, etc. De plus, les femmes sont confrontées à des manières de faire médicales qui ne respectent pas les moyens de protection traditionnelle. Ces pratiques sont, pour ces femmes, violentes, impudiques, traumatiques voire « pornographiques » (plusieurs de nos patientes ont utilisé ce mot). Nous avons perçu avec acuité l'importance de l'effraction vécue par les femmes migrantes enceintes au tout début de notre travail avec elles, nous parlons ici des femmes migrantes venant de régions rurales du Maghreb, d'Afrique noire, du Sri Lanka, etc. Pour les femmes citadines, ces processus existent aussi de toute évidence mais sans doute de manière moins explicite.

Nous recevons Médina, une femme soninké, que l'on m'avait adressée pour dépression du post-partum avec des éléments en apparence délirants mais qui étaient l'expression culturelle d'un vécu traumatique : elle se perçoit comme une mère incapable et des voix derrière elle le lui disent. Médina est une superbe femme malienne, au regard profondément triste. Lors de notre première rencontre, elle est habillée d'un boubou jaune vif et elle porte un pagne de même couleur autour de ses cheveux. Son visage grave est entaillé de scarifications rituelles : un trait vertical au niveau du menton, deux traits horizontaux au niveau des pommettes et un petit trait vertical au niveau du front. Elle parle en soninké d'une voix monocorde. De temps en temps, des larmes coulent sur ses joues, elle les ignore et continue à parler de son incompréhension totale de ce qui s'est passé pour elle alors que son fils Abdou était encore dans son ventre. Elle porte, ce jour-là, Abdou sur son dos. Il est âgé de 2 mois et c'est son premier enfant. L'enfant est tout petit pour son âge, il mange mal, pleure beaucoup et geint douloureusement. Elle n'a pu l'allaiter. Médina est en France depuis un an, elle est venue rejoindre son mari qui lui vit ici depuis 8 ans.

Plusieurs moments peuvent fonctionner comme de véritables effractions culturelles et psychiques pour ces femmes migrantes rurales. Mais avant même de les analyser, insistons sur le fait que ce qui est violent c'est l'acte lui-même effectué sans préparation. Les gestes techniques d'une surveillance de grossesse sont intimement liés au contexte culturel occidental. Pour celles qui ne le partagent pas, ces actes deviennent, par leurs implicites, de véritables inducteurs d'effractions psychiques. Les femmes peuvent à peine les anticiper et se les représenter. La conclusion qui s'impose ce n'est pas de les en priver, ce serait tout à fait intolérable sur le plan éthique et sur le plan de la santé publique. Les en priver serait les exclure, encore une fois, de notre système de soins et contribuer à leur marginalisation sociale. Au contraire, il s'agit de complexifier la démarche pour que ces actes soient efficients et atteignent réellement leurs objectifs.

Quels sont les moments qui peuvent fonctionner comme de possibles effractions psychiques pour les femmes migrantes enceintes ? Reprenons pour les décrire le parcours de Médina tel qu'elle le raconte.

Une déclaration de grossesse qui dévoile

Traditionnellement, la grossesse doit être cachée, le plus longtemps possible ou, du moins, l'on doit en parler le moins possible pour ne pas éveiller l'envie de la femme stérile, de celle qui n'a pas de garçon, de celle qui a moins d'enfants, de l'étrangère, etc. D'où cette peur que Médina a eue au moment où elle est allée voir l'assistante sociale pour qu'elle lui remplisse les formulaires de « déclaration de grossesse ». Elle se sentait menacée car non protégée. Tout pouvait lui arriver, même être « attaquée en sorcellerie » et perdre l'enfant qu'elle portait. Cette peur l'a suivie tout au long de sa grossesse, et même

lorsque l'enfant est né, elle continuait à être terrorisée. Cet enfant n'était pas protégé, il pouvait repartir à chaque moment, c'est-à-dire mourir.

L'échographie et autres actes divinatoires

Tout a continué selon la même logique pour Médina : à l'hôpital, on a fait des « photos » qui montraient ce qu'il y avait à l'intérieur du ventre, qui « montraient ce que Dieu tenait encore caché » disait Médina. Cette échographie, c'était pour elle violent. Pourquoi cet acharnement ? D'autant que l'équipe médicale lui montrait des images presque sans commentaires dans la mesure où elle comprenait très peu le français. Ces images sans mot, sans accompagnement, sont encore plus violentes ! L'échographiste ne comprenant pas son refus de voir, lui parlait, lui disait sans doute de regarder, de ne pas s'inquiéter… Elle fermait les yeux pour tenter de ne pas voir. Lui l'interprétait comme un refus d'investissement du bébé. C'était en réalité le contraire. Elle fermait les yeux pour protéger son bébé, à sa façon.

Mais méfions-nous des équivalences trop hâtives : contrairement à Médina, j'ai reçu d'autres femmes venant, par exemple, du Togo ou du Bénin qui elles, avaient l'habitude de demander à un guérisseur des actes divinatoires pendant la grossesse et qui assimilaient l'échographie à de telles pratiques. Dans ce cas, l'échographie fait partie du familier. Chaque situation est singulière. Revenons à Médina.

L'accouchement sans pudeur

Puis il y a eu l'accouchement, seule, sans interprète, avec la présence quasi obligatoire de son mari, un bon musulman, que l'on a fait entrer car les choses se passaient mal. Quelle honte ! Se montrer dans cette position quasi pornographique (c'est le mot qu'elle emploie). Les médecins ont pensé faire une césarienne, le mari a refusé, terrorisé. Finalement on a attendu un peu, on a apaisé Médina en allant chercher une autre femme soninké qui se trouvait dans le même service et qui venait d'accoucher. Alors comme dit Médina, l'enfant a bien voulu sortir « tout seul ». L'on sait maintenant les conséquences des césariennes sur les femmes migrantes : par son caractère initiatique, l'accouchement doit se faire par voie basse, la césarienne est souvent vécue comme un échec de cette étape ; en outre les césariennes répétées grèvent les grossesses ultérieures de la femme et l'atteignent dans sa féminité. D'où la nécessité de respecter chaque fois que c'est possible, c'est-à-dire lorsque la vie de l'enfant et de la mère ne sont pas en jeu, la lenteur du travail physiologique des femmes d'Afrique noire et repérer les effets de l'angoisse sur le déroulement du travail (Moro et Nathan, 1989). Ces paroles, maintes fois répétées par d'autres depuis, m'ont obligée à reconnaître la violence d'un certain nombre d'actes médicaux que l'on pense, *a priori*, anodins…

Pour Médina, il y a cette idée récurrente que l'enfant, qu'elle a porté et qui est né dans ces conditions, n'est pas protégé, il est en danger ; elle l'est aussi. Ici, c'est la catégorie « manque de protection de la mère et de l'enfant » et sa conséquence culturelle, la vulnérabilité à une « attaque de sorcellerie » qui est la catégorie « bonne à penser » si l'on en croit la suite du travail avec Médina.

En effet, Médina a commencé à s'apaiser à partir d'actes culturels qui ont contribué à reconstruire cette effraction, cette protection défaillante : les parents ont demandé à leurs familles au pays de faire des protections rituelles pour Abdou et ainsi introduire l'enfant dans la chaîne des générations et dans la famille élargie. En même temps, nous avons élaboré avec la mère sa tristesse et sa perte d'étayage en rendant vivantes des représentations culturelles qui avaient perdu leur sens du fait de l'exil et des conflits familiaux, c'est-à-dire en reconstruisant partiellement le portage culturel dans le groupe thérapeutique : elle était partie du pays sans l'accord de son père, son premier enfant n'était donc pas protégé. Ce travail de coconstruction d'un sens culturel fut la première étape, celle de la construction du cadre.

Dans un deuxième temps furent abordées les pertes multiples de Médina. Sa mère était morte lors de sa naissance et elle avait été élevée par la coépouse de son père. Par ailleurs, elle vivait, avec douleur et beaucoup de tristesse, la séparation d'avec ses sœurs dont une est morte sans qu'elle puisse la revoir. Portée par le groupe et le cadre proposé, Médina va élaborer sa tristesse, donner un sens à tout ce qui s'était passé pendant sa grossesse par trop solitaire et construire un lien sûr avec son fils Abdou. La protection du père sollicitée et obtenue devenait alors efficiente.

Sur le plan préventif, on perçoit à travers cette histoire, et tant d'autres entendues, la nécessité de permettre à la femme enceinte d'avoir une représentation culturellement acceptable de ce qui lui est fait. Ainsi, peut-elle se construire une stratégie individuelle de passage d'un univers à l'autre sans renoncer à ses propres représentations — construire donc une réelle stratégie de métissage. C'est le savoir d'avant qui m'aide à investir le monde d'après.

La grossesse et l'accouchement en situation migratoire réactivent la perte du monde d'avant. Ces événements ne sont pas accompagnés par le groupe, d'où le renforcement de leur caractère traumatique. Ainsi l'accouchement, moment d'effraction de l'enveloppe maternelle — physique et psychique — se retrouve souvent comme un facteur réactivant la souffrance de l'exil.

Le bébé, un être culturel

Le devenir bébé s'étaye aussi sur une enveloppe culturelle qui préexiste à sa naissance. Quelle est la nature du bébé ? D'où vient-il ? Ces questions concer-

nant son ontologie ont traversé les humains de tout temps et sous toutes les latitudes. Elles se poursuivent d'ailleurs avec la science qui cherche à débusquer les origines de la vie. Ces questions tentent de cerner l'altérité du bébé en le fixant dans des représentations ontologiques spécifiques à chaque groupe culturel. Car le bébé est avant tout un étranger qu'il s'agira d'identifier.

Humanisation du bébé

Ces questions ne sont pas définies comme des ensembles distincts, elles ne portent pas de nom spécifique mais elles infiltrent l'ensemble du discours de la famille. Globalement, elles cherchent à définir si le bébé est un être vierge ou s'il arrive avec des compétences propres. Au Maghreb, on dit parfois que le bébé est un ange jusqu'à ses premiers gazouillements, tant qu'il n'a pas ouvert la bouche, dit-on, il est pur et s'il meurt il ira directement au paradis. En Inde, on dit parfois dans certaines familles que le bébé est considéré comme un être transmigrant, chargé d'un bagage de tendances et d'expériences provenant de ses vies antérieures (Stork, 1988). En Afrique noire dans certains pays d'Afrique de l'Ouest, on peut entendre dire que le bébé n'est pas un humain : il est un étranger venu d'un autre monde, un étranger en visite, susceptible de repartir à tout moment si le monde des humains ne lui plait pas. Le bébé décide donc de sa propre mort et cette compétence singulière signe d'autant son altérité. Dans les sociétés dites traditionnelles où la mortalité infantile est encore très importante, cette représentation ontologique cherche à donner un sens acceptable à cet événement scandaleux. D'ailleurs on considère que le bébé n'acquerra définitivement le statut d'humain qu'à l'âge de la marche et du langage : après deux années de vie les risques de mortalité diminuent significativement. En Mongolie, dans certaines régions, il faudra attendre sa première coupe de cheveux — entre 2 et 5 ans — pour qu'il passe du statut d'être intermédiaire à celui d'humain (Fontanel et D'Harcourt, 1998). Dans l'Europe occidentale de l'entre-deux-guerres, la théorie populaire véhiculait la représentation d'un nourrisson vierge de toute trace, il était une pâte molle qu'il fallait informer ; la prérogative éducative revenait aux parents censés faire le bébé à leur image. Par la suite la théorie savante, à la suite de pédopsychiatres comme Lebovici, Cramer ou Brazelton, a proposé une représentation fort différente : le bébé arriverait au monde avec un bagage de compétences que les adultes se doivent de faire advenir. Si cette théorie savante a eu tant de succès, c'est que déjà la représentation populaire avait repéré, derrière le discours apparent, les capacités propres du bébé.

L'humanisation du bébé est un terme emprunté à certaines langues africaines, on retrouve des équivalents en bambara, soninké, wolof, etc. Il désigne le processus d'agrégation du bébé à la communauté humaine dans laquelle il naît et constitue la première étape de la socialisation (Réal et

Moro, 1998). L'humanisation du bébé se fait par la mère mais aussi par le groupe. C'est le groupe qui définit la nature de l'enfant et ses besoins, la nature de ses dysfonctionnements et des soins spécifiques à lui prodiguer. Les pratiques de maternage et de puériculture dépendent intimement de cet ensemble. Par exemple en Afrique noire on dit que seule l'eau qui coule est pure et la mère aspergera le corps du bébé pour le laver, en veillant à ne pas l'immerger dans l'eau du réceptacle qui sert à sa toilette. La mère lave ainsi « le plus naturellement du monde » son bébé sans percevoir à quel point ses gestes sont culturellement construits.

Enculturation du bébé

L'enculturation du bébé telle que l'a définie Margaret Mead (1928 ; 1930) passe par le corps, les soins, le maternage, mais aussi par l'éducation, la parole, les implicites du discours. L'enculturation est une véritable incarnation de la culture dans chacun de nous, elle s'ancre dans les perceptions, les sensations, au fil du développement de l'enfant. « Au Niger, le bébé peul, pour être beau doit avoir le nez fin ; chez les Touaregs, la mère tire et pince le nez de son nourrisson, symbole de l'honneur » ; en Afrique de l'Ouest, les femmes Bambara massent énergiquement le bébé pour qu'il ait plus tard « le pied sûr en brousse » et devienne un chasseur valeureux. Ainsi chacune de ces mères transmet-elle implicitement à son petit une valeur fondamentale du groupe. Cette enculturation participe à ce que Devereux a nommé *l'enveloppe culturelle*, cette enveloppe qui nous habille et constitue comme une peau sur la peau. L'enculturation du petit d'homme est rendue plus délicate quand elle se fait dans un univers culturel qui n'est pas celui dans lequel la mère et l'entourage du bébé ont grandi. La mère soumise à la multiplicité des mondes est davantage encline à des états de confusion, voire de perplexité qui rendront plus difficile sa fonction d'*objet-presenting* au bébé (Winnicott, 1979). La mère transmet alors sa propre perception du monde — perception kaléidoscopique et parfois empreinte d'inquiétude. Sa fonction classique de pare-excitation de son bébé est fragilisée : la mère a du mal à présenter à l'enfant « le monde à petite dose » et le bébé risque de rencontrer quotidiennement ce monde de manière traumatique.

Cependant, certains patterns interactifs, même s'ils subissent des transformations dans la migration, gardent une cohérence et sont accomplis et transmis avec toute la quiétude requise pour un maternage de bonne qualité. Il en va ainsi du massage des bébés. L'enculturation passe par des modalités interactives spécifiques — voix, regard, toucher, stimulations kinesthésiques. Ces schémas seront plus ou moins investis selon le groupe culturel dans lequel on vient au monde. Ainsi les mères d'Afrique noire et d'Asie parlent peu à leur bébé et évitent l'interaction visuelle : la voix et le regard peuvent être chargés d'intentions malveillantes. Diverses pratiques

cherchent à détourner les effets du *mauvais œil* ou de la *mauvaise langue*. On comprend que dans ce contexte culturel la voix et le regard ne soient pas des canaux interactifs privilégiés. Notre façon « si naturelle » de nous extasier devant les bébés est de ce fait souvent perçue comme menaçante par les mères issues de sociétés traditionnelles.

Nomination du bébé

La nomination du bébé est la première étape d'humanisation. En Afrique noire, pour agréer un bébé à la communauté des humains et à sa mère, on cherche avant tout à le séparer du monde de l'au-delà d'où il est censé venir : le monde supra-humain et supra-naturel des ancêtres et des génies… Généralement lorsque le bébé a sept jours, on procède au rituel de nomination de l'enfant au cours duquel on cherchera à identifier quel ancêtre fait retour à travers lui (ou quel génie). En effet le bébé est un messager entre les univers et bien identifier l'ancêtre, c'est comprendre le message dont le bébé est porteur. C'est parce qu'on aura bien identifié l'ancêtre et le message que le bébé pourra rentrer dans un processus d'humanisation : une coupure est alors opérée entre les univers humain et supra-humain. Cette coupure est la condition *sine qua non* pour que le bébé puisse se développer harmonieusement et se fixer définitivement parmi les humains. Dans cette modalité d'humanisation du bébé, on estime que la séparation primaire se fait d'abord entre l'ancêtre et le bébé. C'est elle qui permettra que l'enfant s'installe dans la relation primaire avec l'agent maternant. Dans cette logique, le bébé n'est pas d'abord dans une relation symbiotique avec sa mère. L'enfant n'appartient pas à sa mère. S'il y a symbiose, c'est avec le monde de l'au-delà, avec le monde des ancêtres. Et tant que cette symbiose est maintenue, l'enfant ne peut s'humaniser, il présente des dysfonctionnements somatiques ou psychiques graves dont différentes théories étiologiques rendent compte (enfant-ancêtre[10], bébé de *Djinna*[11], etc.). À travers ce rituel de nomination et de séparation primaire entre les univers, toute une théorie de l'humanisation du bébé est véhiculée : tant que ceux qui accueillent le bébé n'ont pas réglé leurs différents avec leurs ascendants ou aïeux, le bébé risque d'en payer chèrement le prix. La psychanalyse le confirme, notamment dans ses études sur le transgénérationnel. Le rituel de nomination de l'enfant tel qu'il est pratiqué en Afrique noire tente de prévenir des troubles ultérieurs graves en contraignant chaque membre de la communauté à se penser comme inscrit dans la chaîne des générations, dans une interaction transgénérationnelle dégagée de conflits majeurs qui pourraient entraver le développement du bébé.

10 Pour une illustration clinique *cf*. Réal (1994) et De la Noë et coll. (1996).
11 Pour une illustration clinique *cf*. Réal et Moro (1998).

Conclusion

Des consultations transculturelles naissent peu à peu en maternité, en banlieue parisienne, et dans d'autres lieux où des équipes se sont intéressées aux femmes migrantes : la clinique des Bleuets à Paris, le travail de l'association Mana à Bordeaux, le travail en PMI dans la région parisienne, etc. (Moro et coll., 2008). Les conséquences que l'on peut en tirer pour le travail au quotidien avec les mères et les futures mères, avec ceux qui cherchent à avoir des enfants dans un parcours de stérilité, avec les bébés d'ici venus d'ailleurs et tous les avatars qui peuvent se présenter pour l'enfant ou sa famille sur ce chemin de la naissance et du développement précoce sont très importantes. Il s'agit, pour les psychologues ou psychiatres, sages-femmes ou puéricultrices, obstétriciens ou infirmières, travailleurs sociaux ou éducateurs de jeunes enfants de tenter, à travers cette adaptation aux familles d'ailleurs, de mieux faire leur travail au quotidien tout simplement. Ce travail parfois présenté comme difficile devient, lorsqu'on se laisse happer, porter par lui, passionnant.

Se laisser affecter et transporter par ces femmes et leurs bébés est sans doute une des leçons précieuses de ces parcours de soins.

Bibliographie

Aulagnier P. (1975) La violence de l'interprétation. Paris : PUF ; 2003.
Bydlowski M. La transparence psychique de la grossesse. Études freudiennes 1991 ; 32 : 2–9.
Bydlowski M. La dette de vie, itinéraire psychanalytique de la maternité. Paris : PUF, Coll. « Le Fil rouge » ; 1997.
Bydlowski M. Je rêve un enfant. L'expérience intérieure de la maternité. Paris : Odile Jacob ; 2000.
Cyrulnik B. Un merveilleux malheur. Paris : Odile Jacob ; 2004.
Delaisi De Parseval G, Lallemand S. L'art d'accommoder les bébés, 100 ans de recettes françaises de puériculture. Paris : Le Seuil ; 1980.
Fontanel B, D'Harcourt C. Bébés du monde. Paris : La Martinière ; 1998.
Godelier M. Un homme et une femme ne suffisent pas à faire un enfant. Analyse comparative de quelques théories culturelles de la procréation et de la conception. Ethnologie comparée N° 6 (2003). http://alor.univ-montp3.fr/cerce/revue.htm.
Groleau D. La détresse et l'enfantement : l'hyperemesis gravidarum revisité en contexte migratoire. L'évolution psychiatrique 2005 ; 70 : 623–41.
Lallemand S, Journet O, Ewombe-Moundo E et coll. Grossesse et petite enfance en Afrique noire et à Madagascar. L'Harmattan : Paris ; 1991.
Loux F. Traditions et soins d'aujourd'hui. Paris : Interéditions ; 1990.
Mead M. (1928) Mœurs et sexualité en Océanie (trad. fr.). Paris : Plon ; 1963.
Mead M. (1930) Une éducation en Nouvelle-Guinée (trad. fr.). Paris : Payot ; 1973.
Mestre C. Grossesse et naissance en migration, la solitude des femmes. Constantine, Algérie, Champs 2006 ; 2 : 21–9.

Moro MR. (1994) Parents en exil. Psychopathologie et migrations. Paris : PUF ; 2002.

Moro MR. Psychopathologie transculturelle des enfants de migrants. Paris : Dunod ; 1998 1998. [2e édition 2000 sous le titre Psychothérapie transculturelle des enfants et des adolescents].

Moro MR. Aimer ses enfants ici et ailleurs. Histoires transculturelles. Paris : Odile Jacob ; 2007.

Moro MR, De la Noë Q, Mouchenik Y. Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social. Grenoble : La Pensée sauvage ; 2004 (Nouvelle édition revue et augmentée publiée en 2006).

Moro MR, Mazet P. Parents et enfants « sans larmes ». Nécessité d'une approche psychologique et culturelle de la périnatalité. In : Mazet Ph, Lebovici S, editors, avec la collaboration de Simonnot AL et Moro MR. Psychiatrie périnatale. Paris : PUF ; 1998. p. 489-504.

Moro MR, Nathan T, Rabain-Jamin J et coll. Le bébé dans son univers culturel. In : Lebovici S, Weil-Halpern F. Psychopathologie du bébé. Paris : PUF ; 1989. p. 683–750.

Moro MR, Neuman D, Réal I. Maternités en exil. Mettre des bébés au monde et les faire grandir en situation transculturelle. Grenoble : La Pensée sauvage ; 2008.

Nathan T, Moro MR. Enfants de djinné. Évaluation ethnopsychanalytique des interactions précoces. In : Lebovici S, Mazet P, Visier JP. Évaluation des interactions précoces. Paris : Eschel ; 1989. p. 307–40.

Rabain-Jamain J, Wornham WL. Transformation des conduites de maternage et des pratiques de soin chez les femmes migrantes d'Afrique de l'Ouest. Psychiatrie de l'enfant 1990 ; XXXIII (1) : 287–319.

Ravololomanga B. Pour la santé et la beauté de l'enfant à naître (Tanala, Madagascar). Lallemand S, Journet O, Ewombé-Moundo E et coll. (sous la direction de) Grossesse et petite enfance en Afrique noire et Madagascar. Paris : L'Harmattan ; 1991. p. 61-76.

Réal I, Moro MR. De l'art d'humaniser les bébés. Clinique transculturelle des processus de socialisation précoce. Champ Psychosomatique. Grenoble : La Pensée sauvage ; 1998, 15. p. 91-108.

Stork H. Enfances indiennes. Paris : Le Centurion ; 1988.

Stork H. Introduction à la psychologie anthropologique. Paris : Armand Collin ; 1999.

Winnicott W. L'enfant et sa famille. Paris : Payot ; 1979.

Yahyaoui A, Ethiard S. Exil et étayage culturel : le cas de la dyade mère-enfant. In : Yahyaoui A. Corps, espace-temps et traces de l'exil. Grenoble : La Pensée sauvage ; 1993. p. 131–9.

10 Enfance : entre vulnérabilité et créativité

Dalila Rezzoug, Thierry Baubet, Marie Rose Moro

Au même titre que tous les enfants, les enfants de migrants ou primo-arrivants peuvent rencontrer des difficultés au cours de leur développement. Celui-ci peut être émaillé, empêché par tel avatar neurodéveloppemental, interactionnel, social ou intrapsychique qui, produisant une souffrance, une carence, peut gêner l'émergence des ressources du sujet et grever ses apprentissages ou la construction de sa personnalité. La spécificité de l'enfant de migrant réside plutôt dans le contexte dans lequel s'opère son développement alors qu'il est, comme tout être en devenir, dépendant à tous les niveaux : physique, psychique et culturel.

Dans ce chapitre nous évoquerons d'abord le contexte migratoire et les effets qu'il produit en terme de vulnérabilité pour ces enfants le plus souvent nés ici et dont les parents viennent d'ailleurs. Ce qui nous amènera à définir le bilinguisme et la bilingualité, état d'être du sujet bilingue. En effet, ces enfants qui grandissent entre deux mondes, deux langues deux cultures ont la tâche nécessaire et complexe du métissage. À l'éclairage de la vulnérabilité spécifique définie plus tôt nous aborderons les questions de l'école, des troubles du langage et des apprentissages du point de vue de leur dynamique transculturelle. Enfin, la particularité des parcours liée à l'exil sera développée dans la dernière partie autour du traumatisme psychique et sa transmission chez les enfants de migrants.

La vulnérabilité des enfants de migrants

Le concept de vulnérabilité

Les enfants de migrants sont, le plus souvent, nés en France. Lorsqu'ils n'ont pas connu eux-mêmes le voyage, ils portent en eux celui de leurs parents. À ce titre, ils sont porteurs d'une vulnérabilité spécifique au contexte migratoire. Le concept de vulnérabilté, décrit par Anthony et coll. (1978), puis introduit en France en 1982, peut être défini comme un état de moindre résistance aux nuisances et aux agressions (Tomkiewicz et Manciaux, 1987, p. 737-42).

Anthony propose deux façons de se représenter la psychopathologie de l'enfant : tout d'abord une « vision en tunnel » qui consiste à isoler l'en-

fant et à le considérer comme un ensemble de structures dynamiques qui interagissent entre elles, indépendamment de la nature et de la qualité des étayages externes. La seconde façon est de considérer que l'enfant, avec son potentiel d'affects et de pensées, est inclus dans un système interactif complexe. Toute rupture au niveau d'un élément entraîne, par ricochet, des changements dans le fonctionnement de l'enfant.

Ces processus se situent entre la mère, le père, la famille, l'extérieur et l'enfant. À l'intérieur de ce système interactif, l'enfant est en développement. Les oscillations du système entre les deux enjeux interactifs de la rupture et de l'adaptation réciproque rendent le processus de développement de l'enfant vulnérable. Le fonctionnement psychique d'un enfant vulnérable est tel qu'une variation minime interne ou externe entraîne un dysfonctionnement important, une souffrance, un arrêt, une inhibition ou un développement *a minima* de son potentiel. Cette fragilisation se manifeste sur un plan psychologique par des « sensibilités et des faiblesses », réelles ou latentes, immédiates ou différées, « dormantes ou explosives » (Anthony et coll., 1978, p. 486). Ce concept de vulnérabilité s'oppose donc à celui de la résilience qui est la capacité à résister, à se défendre.

Conséquences psychiques de la migration chez les enfants

S'il est difficile de mesurer l'impact de la migration sur le fonctionnement psychique d'un adulte, pour l'enfant cette tâche est encore plus complexe. Souvent l'enfant ne vit pas cet événement lui-même, mais en subit les conséquences. Pour lui, deux facteurs interviennent : le voyage parental et la situation migratoire. Ceci le contraint à vivre dans un monde aux deux pôles mal assurés : la référence interne, celle de la maison familiale marquée par la culture d'origine, et la référence externe constituée par les représentants du monde d'ici.

Traumatisme migratoire des parents

Ainsi, la situation migratoire entraîne la perte, pour les parents, du cadre culturel et les prive d'un ensemble d'étayages culturels qui fonctionne comme cadre contenant de la pensée (Nathan, 1986). Le traumatisme migratoire est alors le traumatisme de la perte du cadre culturel interne à partir duquel est décodée la réalité externe. Ce traumatisme migratoire a un impact tout particulier quand les migrants deviennent parents.

Relations mère-enfant

Pour la femme, la première grossesse, celle qui la fera mère est dans certaines cultures un équivalent initiatique, et partout une preuve ontologique, qui transforme sa nature aux yeux des autres et aux siens. C'est un moment

de crise, moment fondateur de « sa transition vers la parentalité » (Stoleru, 1989). Sa fragilité au moment de ce passage est liée à ses doutes sur ses compétences, sa trop grande « transparence psychique » (Bydlowski, 1989). La grossesse est, pour toute femme, un moment de régression, de reviviscence de ses propres conflits infantiles, mais aussi moment de questionnement de sa propre filiation (Racamier, 1979). Cette crise identitaire s'accompagne d'un désordre interne. C'est pourquoi cette étape est codifiée par le groupe culturel qui fournit à la femme et au couple des représentations et des étayages (Moro et Nathan, *op. cit.*). En situation transculturelle la femme ne trouve plus les étayages externes nécessaires pour colmater son désordre interne : accompagnement des mères et des comères, sœurs, belles-sœurs, rituels et mesures protectrices. Ce qui peut entraîner la « potentialisation des mécanismes de confusion par l'exil » (*ibid.*).

La perte du cadre culturel va entraîner une carence d'étayage et une perte de confiance dans sa propre matrice d'interprétation de ses pensées, de ses sensations, de ses éprouvés corporels. Lorsque l'enfant arrive au monde, la mère établit avec lui des interactions, dans ce contexte transculturel instable. La mère appréhende le monde selon des catégories transmises et déterminées par la culture. La migration, d'autant plus qu'elle est récente et que le couple est isolé, induit une rupture brutale avec les référentiels et catégories antérieures, tous les repères vacillent. Les conséquences chez la mère sont de deux ordres : elle perd l'assurance quelle avait acquise dans la stabilité du cadre externe, le monde extérieur n'est plus « sécure » elle est déstabilisée dans la manière de se représenter son enfant et de s'en occuper.

Ainsi va-t-elle transmettre potentiellement à son enfant cette vision kaléidoscopique qui peut être génératrice d'angoisse, d'insécurité, et de doute narcissique car, la réalité de l'enfant se construit à travers les premières relations mères-enfants (Stern, 1985).

Cette réalité est transmise à partir d'une série d'actes techniques (petits soins aux enfants), d'actes corporels et sensoriels (interaction mère-enfant), d'actes de langage (les paroles dites à l'enfant), d'actes psychiques (représentations maternelles) qui rencontrent les représentations naissantes de l'enfant (Moro et Nathan, *op. cit.*). Les parents migrants ne peuvent présenter le monde à petites doses à leur enfant, comme l'a décrit Winnicott (1969). Par conséquent ces enfants rencontrent quotidiennement ce monde de manière traumatique. C'est dans ce contexte de relative insécurité que l'enfant grandit et est amené à se séparer du milieu familial (monde du dedans) pour s'inscrire dans le milieu scolaire (monde du dehors et de l'étranger).

Construction psychique de l'enfant

La structuration de l'enfant présuppose la transmission d'un ensemble cohérent de représentations culturelles que les adultes projettent et transmet-

tent à l'enfant à travers les techniques du corps, les modalités d'être avec, des modes d'éducation (Devereux, 1970 ; Mead, 1963).

On comprend que la complexification du bain culturel entraînée par une situation transculturelle va engendrer de la confusion, des paradoxes et des « conflits de loyauté ». « Le psychisme humain et la culture » étant « des concepts indissolublement jumelés » (Devereux, 1970), la situation migratoire est un facteur de vulnérabilité pour la structuration culturelle et psychique de l'enfant de migrant. L'enfant se construit dans un contexte d'instabilité.

Sur le plan cognitif, Gibello (1988) établit un lien entre la situation transculturelle et les troubles du développement cognitif en proposant l'hypothèse des contenants culturels. Selon lui, les structures formelles, les contenants de pensée sont véhiculés implicitement par la culture, et partagés par tous les membres d'un même groupe. Ils participent du bon fonctionnement de processus de pensées et de la communicabilité des contenus de pensée à l'intérieur d'un groupe. Or, lorsqu'on passe d'une culture à une autre, les contenants culturels implicites changent et, même s'ils arrivent avec le temps à être perçus, ils ne sont pas intériorisés. En situation transculturelle, des éléments implicites doivent être explicitement appris par l'enfant, ils ne sont pas donnés dans son berceau, à lui de les apprendre seul.

Le concept de l'enfant exposé

Moro (1989) propose le concept d'enfant « exposé ». Il s'agit en effet d'une exposition au risque transculturel. Celui-ci rend compte du passage d'un monde à l'autre et des expériences à laquelle cette traversée des mondes renvoie : le passage, la transition, la séparation, la perte, l'adaptation. La vulnérabilité des enfants de migrants définie avec la notion d'enfant exposé est liée au clivage sur lequel l'enfant se construit : le clivage entre le monde du dedans (la famille, la langue maternelle, la culture du pays d'origine) et celui du dehors (l'école, le français, la culture française, les institutions) ; là où il existe une dissociation entre la filiation, c'est-à-dire ce qui est transmis par les aînés, et les affiliations culturelles qui définissent l'appartenance à un groupe. Ainsi, il existe trois périodes plus favorables à l'expression de cette fragilité : le temps des interactions précoces, l'âge d'entrée dans les apprentissages et l'adolescence. Ces trois étapes constituent des étapes d'affiliations au pays d'accueil.

Effets positifs de la migration

Cependant, la situation transculturelle permet aussi de grandes réussites.

Schnapper (1991) a travaillé sur l'intégration des migrants en France et parle de la sursélection à laquelle ils sont soumis : « Ceux qui la surmontent,

en tirent un bénéfice supplémentaire dans la logique de l'affirmation de soi et de la recherche de la distinction mais le risque d'échec est statistiquement élevé pour ceux qui n'ont pas les mêmes atouts individuels et sociaux » (p. 198). Brinbaum et Kieffer (2005) dans une étude récente mettaient en avant un des facteurs de la réussite des enfants de migrants : « les aspirations des parents de migrants comme de leurs enfants apparaissent plus élevées que celles des Français d'origine de même milieu social ».

Ainsi la situation transculturelle potentialise les différences. Elle n'a pas une influence univoque sur tous les enfants. Moro (1998) a mis en évidence trois cas de figures chez des enfants réussissant bien à l'école et qui permettent le développement de potentialités créatrices :

- l'enfant bénéficie d'un milieu sécurisant et stimulant ;
- l'enfant trouve dans l'environnement des adultes qui lui servent d'initiateurs dans le nouveau monde ;
- l'enfant est doué de capacités personnelles singulières et d'une estime de soi importante. Dans ce cas, la source se trouve à l'intérieur même de l'enfant, on peut parler d'une résilience.

Le concept de potentialités réversibles

Le concept de potentialités réversibles (Moro, 1998) rend bien compte de la double polarité sur laquelle se construisent les enfants de migrant en fonction du risque transculturel et de sa maîtrise conduisant dans un cas et dans l'autre à des destins bien différents. Nous avons évoqué plus haut les facteurs de protection et de résilience. La langue maternelle peut en constituer un autre.

Le bilinguisme

La question du bilinguisme et de la langue maternelle des enfants allophones ou primo-arrivants constitue un point particulièrement important si l'on veut mieux se représenter la position subjective de ces enfants. Les représentations collectives portées par la société d'accueil autour de la langue maternelle des migrants et à travers elle, de la culture dont elle est le vecteur, jouent un rôle déterminant dans la construction harmonieuse d'une identité métisse et d'une bonne estime de soi chez les enfants de migrants.

À l'école, mandatée pour socialiser et transmettre des savoirs, les préoccupations sont centrées autour des troubles du langage et des apprentissages chez ces enfants porteurs de deux langues et de deux univers culturels distincts.

Les enfants de migrants possèdent une autre langue maternelle que le français, langue de l'école, des institutions, du pays d'accueil. Le plus sou-

vent, lorsque les deux parents sont migrants, l'enfant est immergé dans sa langue maternelle jusqu'à son entrée à l'école maternelle ou parfois plus tôt en crèche ou en nourrice. Surtout s'il est l'aîné de la fratrie ou le premier né en France, il bénéficie d'un bain de langue exclusivement maternelle. Lors de la première phase de socialisation, il entrera en contact avec le français, à travers ses échanges avec les adultes et ses pairs dans le groupe. Cette rencontre avec la langue française est donc le plus souvent consécutive à l'entrée dans le langage. À l'âge de 3 ans, les enfants ont en général mis en place un langage tout à fait efficace leur permettant de communiquer.

Définition

D'abord rappelons que le bilinguisme est un phénomène fréquent dans le monde. Les pays constitués de groupes nationaux, culturels et linguistiques différents sont nombreux (Suisse, Luxembourg, Canada). De même que ceux qui sont issus de la décolonisation expérimentent au quotidien et dans de nombreux domaines de la vie sociale le bilinguisme (Maghreb, Afrique subsaharienne). Tandis que dans les pays monolingues, comme par exemple outre-Atlantique, 18 % des Américains parlent une autre langue que l'anglais (Bialystok et coll., 2004).

Au niveau individuel, le bilinguisme peut se définir comme la capacité à utiliser deux langues avec aisance. Cette définition large est liée à l'impossibilité de préciser le seuil à partir duquel on peut considérer qu'un sujet a des aptitudes langagières véritables en deux langues à la fois.

En effet, le bilinguisme est relatif, la maîtrise des deux langues est inégale. Dans la situation idéale, le bilinguisme est équilibré, ce qui recouvre une notion d'équivalence de compétence dans les deux langues (Hamers et Blanc, 1983). Dans cette situation, la maîtrise de deux idiomes linguistiques est telle qu'elle permet une expression fluide et suffisamment riche dans les registres factuel, émotionnel et symbolique.

Lorsque le bilinguisme est dominant, la compétence dans une langue est supérieure à la compétence dans l'autre. La dominance n'est pas toujours au profit de la langue maternelle, en particulier dans les populations migrantes.

L'accès à la maîtrise égale des deux langues peut être effectif dès lors que le langage se met en place. Cette situation correspond au bilinguisme simultané. Le bilinguisme est dit consécutif lorsque, après l'émergence du langage, le sujet est immergé dans une autre langue.

Dans un cas comme dans l'autre, si le bilinguisme est précoce et de bonne qualité, l'individu peut parvenir à une maîtrise suffisante des deux codes linguistiques. Il peut ainsi passer d'un univers langagier à un autre avec en plus, la capacité à comparer les systèmes linguistiques et à utiliser toutes les

ressources des deux langues jusqu'à faire preuve d'une créativité propre aux bilingues.

Dans les familles migrantes, lorsque les parents ne sont pas eux-mêmes bilingues (situations rencontrées lorsque les deux langues coexistaient déjà dans le pays d'origine, cas des anciennes colonies françaises par exemple), c'est la langue maternelle qui est de loin la mieux maîtrisée et qui permet les échanges les plus riches et les plus variés. De fait, les enfants de ces familles parleront mieux le français que leurs parents. Il serait délétère d'encourager la pratique du français dans le cadre familial (si celui-ci n'est pas bien maîtrisé par les membres de la famille qui le parle). Encourager les parents à la pratique de leur langue permettra à l'enfant de structurer son langage et d'être prêt à apprendre une deuxième dès son exposition un peu plus tard dans son développement.

L'expérience montre que l'apprentissage précoce et simultané de deux langues est possible. Toutefois, lorsque l'enfant n'arrive pas à appréhender le langage comme un système signifiant et structuré, les difficultés à entrer dans le français, sa langue seconde, ne constitueront qu'une suite de la difficulté préalable à entrer dans le monde du langage de façon adéquate. Ainsi, si l'on se donne les moyens d'une évaluation bilingue, les troubles du langage doivent être objectivés dans les deux langues pour permettre de bien comprendre de quoi il s'agit.

Paradoxalement, dans le milieu éducatif, on a longtemps conseillé aux parents de ne plus parler leur langue d'origine afin de faciliter l'accession au français, comme si la langue maternelle constituait un frein pour la bonne acquisition et maîtrise d'une deuxième langue.

Réalité du bilinguisme chez les enfants de migrants

Il apparaît comme une évidence que les enfants grandissant dans un contexte bilingue le sont. Cela ne rend pas compte, en réalité, de l'existence effective et de la qualité de ce bilinguisme (compréhension, production, contexte d'utilisation d'une langue ou l'autre : champ affectif, champ des apprentissages, etc.). De fait, les enfants authentiquement bilingues ne représenteraient que 15 % des enfants dits bilingues (Moro, 1998).

Nous observons que le groupe culturel d'appartenance, le rang dans la fratrie, l'histoire familiale et migratoire sont autant de variables qui déterminent le désir des parents à transmettre leur langue et la possibilité pour les enfants à la recevoir. Il est classique d'observer que l'aîné de la fratrie parle mieux la langue maternelle que les puînés. Il est plus exposé à sa langue maternelle dans la mesure où ses parents ne maîtrisent pas encore la langue du pays d'accueil. Les autres enfants de la fratrie seront exposés au français plus précocement par le biais de leur aîné.

De plus, l'ancienneté de la migration et le fait de vivre ou pas au contact d'une communauté migratoire ancrée dans sa culture d'origine influencent la pratique et les représentations liées à la langue maternelle.

Les représentations culturelles et des langues des migrants sont liées à leur histoire singulière, familiale et collective dans leur pays d'origine et sont marquées par d'éventuelles ruptures en particulier traumatiques survenues avant la migration et pouvant être à son origine. Elles peuvent être aussi l'expression d'une intériorisation des représentations du pays d'accueil à l'égard des migrants, d'où l'importance de l'histoire migratoire et des liens entre pays d'origine et d'accueil. Le phénomène d'acculturation qui se met en place progressivement métisse les manières de faire et modifie ce qui semble important aux parents de transmettre ou pas.

Bilinguisme actif, passif et attrition

Lorsque le bilinguisme est actif, le sujet bilingue est capable de comprendre et de produire des actes de langage dans ses deux langues.

On observe cependant chez certaines familles migrantes des modalités d'échanges croisés : les parents s'expriment avec leurs enfants dans leur langue d'origine, ceux-ci la comprennent, mais répondent en français.

La communication est possible et se maintient lorsque les deux partenaires de l'échange ont une compréhension suffisante dans leur langue secondaire. Chez les enfants, si la compréhension passive a un intérêt certain (forme passive de bilinguisme), elle n'empêchera pas le phénomène d'attrition correspondant à l'extinction progressive de la langue maternelle au profit de celle enseignée à l'école.

Bensekhar-Bennabi et Serre (2005) considèrent cependant qu'une bonne compréhension passive ralentit le processus d'attrition, celui-ci étant d'autant plus à craindre que l'exposition à la langue maternelle est interrompue tôt dans la vie de l'enfant. Après un certain cap, que l'on peut situer au moment de l'adolescence, on considère que le risque d'attrition est très faible.

Ceci signifie donc que c'est au moment de la scolarisation et plus encore lors de l'entrée dans les apprentissages (à partir du cours préparatoire) que le risque d'attrition est le plus grand. En effet, il semble assez naturel et d'ailleurs souhaitable qu'au moment de la mise en place des apprentissages, avec en particulier le passage à l'écrit, les enfants investissent la langue de l'école et ce dont elle est porteuse de la société d'accueil. De fait, cette étape constitue une période de fragilité pour la langue maternelle si celle-ci n'est pas représentée et portée par les parents comme un outil et un objet culturel valide, stable, et précieux à transmettre. Cet investissement des parents aura parfois à résister au mouvement de l'enfant qui voudra s'en défaire, s'en

démarquer. D'autre part, si les parents sont eux-mêmes dans un processus d'apprentissage du français, cette langue sera surinvestie par l'ensemble de la famille au détriment de la langue d'origine.

Les représentations sur les bienfaits de la transmission de la langue sont variées et au centre du discours éducatif et des pratiques de soins en santé mentale dans les contextes de diversité culturelle. Or, transmettre sa langue ne se conçoit pas uniquement d'un point de vue linguistique, c'est également transmettre sa culture et son histoire personnelle. Ces transmissions sont liées à la construction de la parentalité et, du point de vue de l'enfant, à la structuration de sa personnalité et de ses affiliations. À la lumière des expériences acquises auprès de patients migrants et auprès de leurs enfants, il est important d'encourager la transmission, et la pratique de la langue maternelle. En effet, la bonne maîtrise de la langue maternelle contribue à l'acquisition de la langue du pays d'accueil et permet ainsi aux enfants de bénéficier des avantages cognitifs inhérents au bilinguisme, de même que la pratique de la langue maternelle renforce l'ancrage des enfants dans leur filiation et dans leurs affiliations culturelles qui se trouvent faites de diversité.

L'enfant de migrant et l'école

Depuis le début des années 1960, des recherches portant sur les parcours scolaires en fonction de l'origine ont été mises en œuvre avec l'idée que les enfants de migrants étaient défavorisés par rapport aux élèves autochtones.

L'analyse longitudinale des parcours scolaires des enfants de migrants montre que ceux-ci font partie des élèves qui ont le plus grand risque de difficultés scolaires, d'échec, de sortie précoce du système scolaire ou des orientations vers des filières peu prestigieuses du système éducatif.

Pour tenir compte de la forte corrélation entre appartenance sociale et nationalité étrangère, certaines études se sont centrées sur les populations d'enfants d'ouvriers. Ces comparaisons ont montré que les parcours scolaires des migrants étaient assimilables à l'ensemble des enfants de catégorie sociale modeste. Les méthodes d'analyse permettent actuellement de mieux décrire, à situation sociale comparable, ce qui est lié à l'environnement familial, et ainsi ce qui relève de l'appartenance à la première et deuxième génération de migrants.

Une étude de Vallet et Caillé (1996a) s'est intéressée à comparer une population d'enfants entrant en 6e en 1989 (Tableau 10-I). Pour identifier les enfants de migrants, on a défini cinq attributs étrangers : la nationalité, la naissance hors de France, une année scolaire hors de France, aucun parent ayant toujours vécu en France et une autre langue maternelle que le français. En comparaison avec les autres élèves, les enfants de migrants

Tableau 10-I
Parcours scolaire des enfants en fonction de leur nombre « d'attributs étrangers »

Nombres « d'attributs étrangers »	Aucun	Deux	Trois	Quatre
N'ont pas redoublé dans l'école élémentaire française (%)	76,8	66,6	58,5	47,1
Score moyen en français à l'entrée en 6[e] (sur 100)	72,5	67,5	65,2	62,6
Score moyen en mathématiques à l'entrée en 6[e] (sur 100)	79,3	75,5	73,8	71,9
Ont reçu une proposition d'orientation en 2[de] générale ou technologique, 4 ans après l'entrée en 6[e] (%)	48,7	41,7	33,5	32,9
Ont obtenu le baccalauréat général ou technologique, 7 ans après l'entrée en sixième (%)	31,9	26,6	20,3	21,3
Ont obtenu le baccalauréat général ou technologique, sept, huit ou neuf ans après l'entrée en sixième (%)	58,3	51,4	44,5	38,6

Descriptif et méthodologie de cette étude sont disponibles sur le site du Centre Maurice Halbwachs, Unité mixte de recherche 8097 CNRS – EHESS – ENS – Université de Caen – Basse-Normandie à l'adresse suivante : http://www.cmh.ens.fr/acsdm2/enquetes/XML/lil-0182.xml#2
Dans cette étude, afin de dépasser la question de la simple nationalité, qui n'aurait pu permettre de produire d'analyse pertinente sur la question des enfants migrants et des enfants de migrants, il a été décidé de définir cinq « attributs étrangers » statistiquement liés à la migration de l'enfant et/ou de ses parents : être de nationalité étrangère, être né hors de France métropolitaine, avoir passé au moins une année de scolarité élémentaire hors de France, n'avoir aucun parent ayant toujours vécu en France, avoir un ou deux parents qui parlent avec soi une autre langue que le français (Vallet et Caille, 1996a).
Source : Panel d'élèves du second degré, recrutement 1995 – France métropolitaine – 1995-2002 (lil-0182). Ministère de l'Éducation nationale, DPD.

ont souvent connu une scolarité plus difficile à l'école élémentaire. Le redoublement à l'école élémentaire concerne un tiers des enfants ayant deux attributs étrangers, plus de 40 % de ceux en ayant trois et plus de 50 % de ceux en ayant quatre. Cet écart tient à un effet lié aux différences de positions sociales de niveau d'éducation des parents et du nombre d'enfants.

Si l'on raisonne à situation sociale et familiale identique, ni la nationalité étrangère, ni l'ancienneté en France des parents, ni l'utilisation d'une autre langue ne contrarient en eux-mêmes le bon déroulement de la scolarité. En revanche quand les enfants sont nés à l'étranger et/ou y ont passé plus de deux années scolaires, le redoublement est plus fréquent.

De même lors de l'orientation en collège, les enfants nés à l'étranger ou qui y ont vécu une partie de la scolarité ont été plus fréquemment orientés en sections d'éducations spécialisées que les autres enfants. Le facteur explicatif principal en est l'appartenance à des familles nombreuses des milieux les plus défavorisés.

À l'entrée en 6e les enfants de migrants ont en moyenne de moins bonnes performances aux épreuves de français et de mathématiques mais ces différences sont inférieures à celles observées selon que la mère des enfants est bachelière ou n'a aucun diplôme par exemple. À situation sociale et familiale comparable, le handicap en français sensible persiste uniquement chez ceux qui ont connu la migration dans un passé récent. Il n'y a pas de différence significative entre les enfants qui parlent une autre langue et ceux qui ne parlent que le français. En mathématiques, et à situation sociale et familiale identique, l'écart est encore plus réduit : ni la nationalité, ni la langue parlée à la maison, ni l'ancienneté en France n'affectent significativement les performances (Vallet et Caillé, *op. cit.*).

Au collège, l'évolution est sensiblement différente à celle observée à l'école primaire. Si le succès reste moins fréquent pour les enfants de migrants, les écarts sont plus faibles que ceux observés en élémentaire (redoublement).

À cela on peut proposer deux hypothèses. L'école constitue une instance d'affiliation culturelle à la France dont les effets positifs augmentent avec la durée d'exposition. D'autre part les familles immigrées percevraient l'investissement de l'école comme la voie principale de mobilité sociale, Quand on analyse en séparant ce qui vient de l'origine nationale et ce qui est lié aux facteurs familiaux et sociaux, les résultats sont inversés. Si l'on considère uniquement les populations défavorisées, les enfants de migrants ont en moyenne des trajectoires plus positives que les autres enfants. Ces résultats peuvent être expliqués par le fait que leurs parents ont des aspirations éducatives plus fortes et souhaitent des orientations plus ambitieuses par rapport aux autres familles, à ressources matérielles et culturelles équivalentes. Après quatre années de collège, à situation sociale et familiale comparable, les enfants de migrants se voient plus souvent proposer une orientation en classe générale ou technologique que les autres élèves. Ce résultat est encore plus marqué pour les filles, et quels que soient l'âge d'entrée en 6e, la taille du collège et le degré d'urbanisation.

L'enquête du ministère de l'Éducation auprès d'un panel d'élève entrant en 6e en 1995 (Brinbaum et Kieffer, 2005) et étudiée en 2002 montre qu'en terminale technologique et générale, 7,5 % des enfants d'ouvriers français d'origine n'ont jamais redoublé contre 6,5 % des enfants d'origine portugaise, 5,2 % des enfants d'origine maghrébine. Ces écarts de performances étaient globalement identiques à ceux présents lors du panel de 1989 (Vallet et Caillé, 1996a). En 1998, lorsque les parents ont été interrogés, plus de trois jeunes sur quatre étaient « à l'heure » ou en avance, mais seulement la

moitié des enfants d'origine portugaise ou maghrébine. Parmi les familles ouvrières et employées, le retard était plus marqué pour les enfants de familles maghrébines et portugaises, témoignant à la fois des difficultés qu'ils ont rencontrées en primaire et en début de collège. Dans ce même panel, 75 % des enfants de parents ouvriers d'origine portugaise ou maghrébine espéraient poursuivre leurs études dans l'enseignement supérieur contre 50 % des enfants d'ouvriers français d'origine. Ce décalage entre les aspirations et les parcours peut engendrer des frustrations d'autant plus lorsque les enfants s'approprient fortement les aspirations de leurs parents.

Ces résultats montrent que les enfants de migrants sont plus exposés à des parcours scolaires difficiles et à des frustrations importantes concernant leur orientation académique.

D'autre part, les relations qu'entretiennent ces familles avec l'école sont complexes. Le plus souvent, les parents confient leur enfant à l'école qu'ils investissent comme une institution puissante qui pourra instruire leurs enfants. De leur côté, les enseignants ressentent parfois des difficultés à mobiliser des parents qui leur paraissent désinvestis. Il semble qu'il existe un malentendu sur ce que les uns et les autres attendent réciproquement. La maîtrise insuffisante du français et une mauvaise connaissance du fonctionnement du système scolaire peuvent induire chez les parents une inhibition vis-à-vis de l'école et des enseignants dont ils attendent beaucoup. La situation sociale, politique, économique, de certaines familles les maintient dans une réalité de précarité, d'insécurité (menace d'expulsion) et parfois de survie qui rend l'investissement scolaire difficile voire impossible.

Troubles du langage et des apprentissages

Comme nous l'avons abordé dans les paragraphes précédents, les enfants de migrants rencontrent plus de difficultés scolaires que les autres. Les facteurs socio-économiques et la configuration familiale jouent un rôle important dans les résultats observés.

En France, les troubles du langage concernent 7 % de la population des enfants. Les enfants de migrants présentent des troubles du langage dont le diagnostic répond aux catégories habituelles : trouble articulatoire, retard de parole et de langage, trouble spécifique du langage. La spécificité tient à la situation transculturelle, à la stratégie d'évaluation et à la nature des soins engagés.

On rencontre trois types de tableaux cliniques chez les enfants de migrants (Virole, 2004) :

- l'enfant présente un trouble du langage isolé ;
- il existe un trouble du langage et un trouble des apprentissages, associés à des troubles du comportement ;

- le tableau associe trouble du langage et trouble du développement avec des éléments psychopathologiques inquiétants (registre de dysharmonies psychotiques).

Bien sûr, ces troubles sont les plus fréquents, mais il n'y a aucune spécificité chez les enfants de migrants et bien d'autres symptômes peuvent exister : inhibitions, phobies scolaires, etc.

Un des aspects spécifiques porte sur l'évaluation des troubles du langage, en particulier lorsqu'on fait l'hypothèse d'un trouble structurel du langage[1].

La présence d'un contexte bilingue rend nécessaire, outre l'utilisation des outils habituels (orthophoniques, psychométriques, psychologiques), une évaluation du langage en langue maternelle. L'évaluation en langue maternelle ne peut être que qualitative étant donné l'absence de tests étalonnés. « La présence d'un interprète permet à l'orthophoniste de dépister certaines altérations : phonologiques, morphosyntaxiques, lexicales ou réceptives d'une langue qu'il ne connaît pas » (Sanson et coll., 2008). Les observations dans chaque langue sont comparées, mises en lien. L'objectif de cette double évaluation est de déterminer si l'enfant souffre d'un trouble structurel du langage. Dans ce cas, les altérations doivent être retrouvées dans les deux langues.

Selon la structuration de chaque langue, les modalités les plus affectées sont différentes. Par exemple, chez un enfant de langue maternelle tamoule, les difficultés sont morphosyntaxiques en français et lexicales en tamoul (*ibid.*). Cependant la sévérité de leur atteinte demeure importante et profonde dans chaque langue.

En l'absence d'altérations majeures de la langue maternelle, on peut déduire que l'enfant a réussi à structurer son langage en langue maternelle même s'il existe un certain retard dans celle-ci. Ces constatations orientent le diagnostic vers un retard grave de parole et de langage.

La prise en charge se dessine à partir d'un faisceau d'arguments recueillis lors de l'évaluation langagière bilingue et clinique. Selon la place qu'occupe le trouble du langage dans le tableau de l'enfant, un dispositif à géométrie variable peut être proposé. Dans les tableaux cliniques complexes associant troubles du langage et troubles psychopathologiques, les soins ne sont pas centrés sur le trouble du langage même si celui-ci peut faire l'objet d'une prise en charge spécifique à un moment donné du suivi.

1 Dysphasie : existence d'un déficit durable des performances verbales, significatif en regard des normes établies pour l'âge. Cette condition n'est pas liée à un déficit auditif, à une malformation des organes phonatoires, à une insuffisance intellectuelle, à une lésion cérébrale acquise au cours de l'enfance, à un trouble envahissant du développement, à une carence affective ou éducative (DSM-IV-TR, 1996).

Face à la complexité des situations rencontrées, il est important de pouvoir tenir compte de toutes les dimensions qui caractérisent la situation transculturelle. Le terreau de la construction de l'enfant est, dans les situations les plus complexes, chargé des facteurs fragilisants liés à la migration, aux éventuels traumas antérieurs, aux difficultés sociales et affectives de la famille. Dans ce contexte, le travail familial est nécessaire. Il permet aux parents de revisiter l'histoire familiale avec ses ruptures, ressources, traumatismes, et d'accéder à la dynamique familiale et la place que l'enfant y occupe. Nous rencontrons fréquemment des familles ou l'un des deux parents (le plus souvent la mère) est profondément déprimé.

Dans notre pratique clinique, l'aîné de la fratrie est souvent le plus exposé. L'impact de la dépression maternelle influencera la nature des interactions, les modalités de l'attachement, et la place que prend cet enfant pour sa mère et dans la dynamique familiale. Les processus de séparation – individuation et d'acquisition du langage peuvent en être compliqués.

La psychopathologie parentale peut accentuer le phénomène de « parentification des enfants » qui sont mis en position de traducteurs du nouveau monde, de guides par rapport aux démarches administratives, de parents auxiliaires pour les puînés de la fratrie.

Les représentations parentales sur l'enfant sont ancrées dans leur culture. Elles peuvent se déployer par la narration dans un cadre de soin transculturel (consultation d'ethnopsychanalyse) et évoluer au cours des soins. La question des transmissions est centrale : transmission de la langue, des éléments de la culture et des valeurs parentales du mandat transgénérationnel et aussi parfois du trauma. Lorsqu'elle est possible et investie par l'enfant, la transmission contribue à asseoir la parentalité. Elle peut aussi être mise à mal dans la migration (Moro, 1998).

Du côté de l'enfant, les difficultés langagières s'accompagnent de troubles de la symbolisation et de la séparation. Une prise en charge psychothérapique, individuelle et/ou groupale peut permettre à l'enfant de s'individuer, et de s'affirmer en trouvant sa place dans le groupe de pairs. Les travaux familial et individuel sont tous deux nécessaires pour établir et maintenir une dynamique qui permet à l'enfant de s'affilier au monde dans lequel il vit (ce qui le soutient dans l'acquisition indispensable du français) tout en renforçant ses affiliations culturelles parentales et sa place dans la filiation.

Un cas particulier : le mutisme extrafamilial

Le mutisme extrafamilial ou mutisme sélectif constitue une autre situation qui montre bien les rapports complexes que les enfants de migrants entretiennent avec le langage et leurs langues, la langue maternelle et celle du pays d'accueil. Ce trouble considéré dans les classifications nosographiques

comme un trouble du langage est caractérisé par le fait qu'un enfant parlant dans son environnement familial devient muet sitôt qu'il en est sorti. La situation la plus représentative est celle de l'école où les enseignants se plaignent de n'avoir jamais entendu le son de la voix d'un enfant alors que ses parents témoignent qu'à la maison il parle sa langue maternelle ou le français avec ses frères et sœurs. Ainsi, l'enfant est empêché d'utiliser ses compétences langagières.

Dans ce chapitre, nous ne traiterons pas du mutisme tel qu'on peut l'observer dans des troubles envahissants du développement. Dans ce cas, le mutisme n'est pas spécifique à la situation transculturelle et d'autres paramètres en particulier neurodéveloppementaux entrent en jeu dans son développement. Cela ne revient pas à dire cependant que le mutisme sélectif ne concerne que les enfants de migrants puisque même des enfants autochtones peuvent présenter ce symptôme. Il est néanmoins trois à quatre fois plus fréquent chez les enfants allophones.

Le mutisme sélectif est un symptôme qui renvoie à des problématiques psychopathologiques de sévérité et de nature variées. Certaines pourront être mises à jour d'emblée (comme dans le cas des troubles autistiques), d'autres seront accessibles au moment de la levée du mutisme. Aubry (2002) a étudié une cohorte de 30 enfants mutiques. Dans cette population, 40 % présentaient un retard ou un trouble du langage, la quasi-totalité avait connu des troubles de la séparation à l'âge de 30 mois, une majorité d'entre eux présentaient un trouble de la personnalité (23/30), cinq enfants s'inscrivaient dans une organisation névrotique, enfin deux étaient psychotiques. La dépression était la psychopathologie parentale la plus représentée (8/60) et quatre parents souffraient d'un trouble de la personnalité. Cette étude rejoint les préoccupations d'autres travaux récents sur la psychopathologie du mutisme sélectif. Certains auteurs évoquent un lien entre le mutisme sélectif, les phobies sociales et les troubles anxieux à l'âge adulte. Ces résultats sont encore discutés (Chavira et coll., 2007 ; Sharkey et Mc Nicholas, 2008 ; Yeganeh et coll., 2006 ; Steinhausen et coll., 2006).

Classiquement, c'est lors de l'entrée à l'école élémentaire ou maternelle, soit un peu avant 5 ans, que le mutisme sélectif se déclare. Ceci correspond donc à l'introduction au monde des apprentissages et au début de l'investissement du monde scolaire, lieu par excellence de socialisation et creuset des valeurs de la société majoritaire. Si le mutisme se révèle tôt dans la scolarité, il existe un intervalle important entre son installation et la première demande de soins, qui émane le plus souvent de l'école.

Margaret Mahler (1978), analysant sa propre migration, y voyait un facteur pouvant générer aussi bien une régression qu'une potentialisation des ressources créatrices du sujet. Elle compare la migration au processus de

séparation-individuation, la migration pouvant favoriser une nouvelle naissance (individuation) ou, en cas de dysfonctionnement, la maladie (Moro, Nathan).

Pour Akhtar (1995), le processus migratoire peut être associé à une troisième phase de séparation-individuation (la première se situant dans la toute petite enfance, et la deuxième à l'adolescence), c'est-à-dire à une importante phase de réorganisation identitaire venant potentiellement réactiver les enjeux des phases antérieures du développement. Dans ce processus, le migrant doit accepter de faire des deuils divers, et également accepter d'intégrer de nouveaux idéaux, de nouveaux modèles d'identification et de nouvelles valeurs. Le résultat en est une identité réorganisée, renouvelée et fondamentalement hybride.

Pour sa part, Mirsky (1991) considère qu'un des enjeux majeurs de ce processus de séparation-individuation associé à l'immigration concerne l'acquisition d'une nouvelle langue. Apprendre une nouvelle langue implique notamment l'acquisition de nouveaux objets internes et de nouvelles représentations de soi ; de la même façon, la perte de la langue maternelle est associée à un sentiment de perte d'une partie importante de son identité.

La situation des enfants de migrants est à cet effet particulière à plus d'un titre. Souvent, ces enfants ont une plus grande facilité que leurs parents à apprendre une nouvelle langue ; comme leur identité n'est pas encore fixée, ils sont à la fois plus perméables et plus ouverts à la possibilité de nouvelles imitations et de nouvelles identifications. Ils sont également animés par un grand désir de ressembler aux autres enfants, qui stimule leurs processus d'apprentissage de la deuxième langue. Mais des écueils peuvent survenir dans le processus, notamment lorsque les enfants ne peuvent recevoir le support émotionnel nécessaire de la part de leurs parents pour investir cette nouvelle langue avec sécurité et confiance. Ils peuvent alors se trouver en conflit avec leur désir d'autonomie et d'investissement du monde extérieur et leur besoin parallèle de consolider leurs liens d'attachement et de sécurité avec leur famille. Cette impasse peut mener soit à une appropriation massive de la deuxième langue et de ses repères socioculturels (ce qui risque de se faire aux dépens de la langue maternelle), soit à une inhibition importante des processus d'apprentissages et du fonctionnement en milieu scolaire. Cette dernière situation constitue un terreau fertile pour le développement de troubles d'apprentissage ou encore pour le mutisme sélectif.

D'un point de vue transculturel, le mutisme sélectif peut être vu comme une difficulté à gérer le contact entre le monde du dedans (celui de la famille) et le monde du dehors (celui de l'école, de la société extérieure), difficulté associée à une fragilité de la représentation de soi et de la famille. Des mécanismes de clivage entre les univers culturels en présence sont alors fortement mis à contribution : l'inhibition qui porte sur la parole dans le

mutisme sélectif vient limiter symboliquement les échanges entre le monde extérieur et le monde intérieur, empêchant une rencontre qui apparaît chargée de menaces, d'incertitudes et d'angoisse (Moro, 1994). Dans ce contexte, la prise en charge implique alors obligatoirement un travail qui prend en compte les enjeux culturels et identitaires en cause (à la fois sur les plans individuel, familial et collectif). La reconnaissance de la nature des difficultés rencontrées ainsi que le renforcement des repères et des liens intrafamiliaux apparaissent indispensables afin que la rencontre des langues et des cultures devienne non seulement pensable mais aussi possible.

Le trauma et sa transmission en situation d'exil

Un certain nombre de réfugiés arrivent en France chaque année dans l'espoir de trouver une terre d'accueil après un exil douloureux (rapport d'activité 2006, OFPRA).

La rencontre avec ces patients amène à une interrogation sur les spécificités observées : spécificités en rapport avec l'expérience traumatique, la dimension culturelle de son expression et le vécu migratoire. Nous verrons comment se produit l'impact du contexte d'exil sur les enfants, qu'ils soient nés avant ou après l'exil (Moro et Lebovici, 1995 ; Lachal et coll., 2003 ; Moro, 1994 ; 2007 ; Rezzoug et coll., 2007).

Le vécu prémigratoire et l'expérience de l'exil

La plupart des patients arrivent en France après un parcours de fuite. Le plus souvent, ils ont tout laissé derrière eux et doivent renoncer à leur berceau culturel. Pour certains, la fuite s'accompagne de perte, de deuils, parfois traumatiques ou rendus impossibles quand rien n'est connu des circonstances du décès et face à l'absence de corps ou de sépulture. Les familles ne sont plus là pour assurer avec eux, comme dans les sociétés d'origine, la cohésion du groupe, les arbitrages, les rituels, tout ce qui permet la construction d'un sens collectif. Les patients ne disposent plus des stratégies culturelles pour vivre le deuil et la séparation. Ceci constitue un facteur de fragilisation et de vulnérabilité (Baubet et coll., 2004 ; Fazel et Stein ; 2002, Gonsalves, 1992 ; Lustig et coll., 2004 ; Papadopoulos, 2001).

L'arrivée en terre d'asile est souvent décrite comme un moment charnière difficile ; la France, « pays des droits de l'Homme », est perçue comme un pays d'accueil où l'on va enfin se sentir en sécurité, protégé par un statut légitime de réfugié politique. Le parcours douloureux et marqué, souvent, par l'échec auprès de l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides (OFPRA), est un temps incontournable. Il représente la seule voie de régularisation des demandeurs d'asile qui doivent faire le récit de leur his-

toire et peuvent être confrontés à la suspicion, ou au fait de ne pas être crus (Baubet, 2004). La solitude, le déracinement, la désillusion contribuent à entretenir le sentiment d'avenir bloqué et participent aux effondrements dépressifs chez les patients adultes. Ainsi, la décompensation symptomatique survient le plus souvent après l'exil, parfois à distance quelques mois ou années plus tard. Les stratégies centrées sur la survie mises en place avant et pendant la fuite ne sont plus opérantes à l'arrivée dans le pays d'accueil (Farwel, 2001). Dans ce contexte social et psychologique, les enjeux familiaux et relationnels propres à toute famille sont exacerbés par la migration et le traumatisme qu'elle produit (Nathan, 1986). La mise en place et le développement d'interactions parents-enfants harmonieuses peuvent en être compliqués par cette situation de ruptures complexes et de précarité de la transmission.

Le trauma chez l'enfant

Les contextes de guerres et de violences collectives impliquent qu'au-delà de l'individu, les familles sont touchées par les deuils, les déplacements de population, les séparations. Fragilisées, elles ne sont plus en mesure d'assurer leur fonction de protection et de contenance auprès des enfants en particulier. Les adultes peuvent être dépassés par leur propre réaction de frayeur et de sidération.

Chez l'enfant, que l'on a longtemps considéré, à tort, comme protégé du traumatisme par son immaturité et sa capacité à oublier, on observe des troubles post-traumatiques sévères, d'autant qu'ils entravent le développement et la construction de la personnalité en devenir (Crocq, 2001 ; Taïeb et coll., 2004). Anna Freud (1965) a défini la notion de barrière protectrice du Moi et le processus pathologique qui résulte de son effraction en indiquant la plus grande vulnérabilité après la naissance et pendant la première enfance. Elle montre l'impact sur les enfants des réactions parentales face aux événements traumatiques (capacité à protéger, à contenir ou, au contraire, état de panique). Ainsi, chez le jeune enfant et le bébé, même si la notion de mort n'est pas encore acquise, on admet qu'un événement peut être traumatogène s'il submerge les capacités défensives de l'enfant. L'impact d'un tel événement dépend de facteurs développementaux et environnementaux (Bailly 2003) : le développement des organes sensoriels, psychomoteur (capacité à se mouvoir et à fuir le cas échéant), le développement du langage sur son versant réceptif et expressif et enfin la capacité de l'entourage à assurer sa fonction de contenance et de protection. Pour Bailly (2003), le pouvoir traumatique chez les nourrissons correspond à une attaque des « théories sociales infantiles », que l'on pourrait appeler des « théories de la vie ». Elles correspondent à l'ensemble des croyances fondamentales et des lois que le bébé commence à bâtir dès les premiers mois de vie et qui sont le

corollaire du développement de la pensée. Les événements traumatogènes chez lui auraient donc à voir avec l'absence des objets d'amour primitifs que ses théories ne prévoyaient pas, des expériences de chaos sensoriels externes (froid/chaud, bruit, lumière), et internes (douleurs, faim, soif). Le chaos pour le bébé peut également être l'état de terreur de la mère dans une situation traumatique pour elle.

Winnicott (2000) avait décrit au stade de dépendance absolue, avant la formation du self unitaire, des angoisses disséquantes primitives pouvant survenir et donner lieu à des organisations défensives d'ordre psychotique. Chez certains adultes, il a repéré la crainte de l'effondrement qui est la crainte de l'angoisse disséquante à l'origine de l'organisation défensive. En fait, l'effondrement a déjà eu lieu au moment où le Moi était incapable de l'éprouver et d'en garder une trace sous forme de souvenir. Winnicott souligne l'importance de la protection parentale et la possibilité de conséquences à très long terme des traumas les plus précoces.

Bowlby (1969) a développé la théorie de l'attachement, qui permet de comprendre autrement le développement du psychisme du bébé et de l'enfant. En effet, pour Bowlby l'interaction avec la ou les figures d'attachement permettent à l'enfant de se construire. À partir des expériences interactives et en fonction de capacités cognitives de l'enfant, celui-ci va construire une image, une représentation de soi et de l'autre dans une situation de détresse. Vers l'âge de 4 à 6 ans, il intégrera un schéma généralisé de soi et des autres dans les situations de détresse ou d'alarme. La représentation qui s'est créée s'appelle les modèles internes opérants. Le comportement d'attachement est le plus mis en évidence quand l'enfant se sent effrayé, en danger, ou en détresse. En témoigne la manière dont il va pouvoir s'appuyer sur le fait qu'il peut compter sur sa figure d'attachement pour lui fournir un havre de sécurité vers lequel il puisse se tourner. Cela sous-entend que la figure d'attachement ait la capacité de penser ses propres émotions, intentions ainsi que celles de son enfant. Fonagy parle de fonctionnement réflexif, en cas d'événement traumatique vécu par la mère et/ou l'enfant, la figure d'attachement ne pourrait plus assurer sa fonction réflexive et donc sa fonction de protection, c'est donc l'interaction qui en souffrirait (1996, 1999).

Parmi les manifestations propres à l'enfant plus âgé (incomplètement décrites par l'ESPT : état de stress post-traumatique), on observe des manifestations de reviviscence à travers le jeu et les cauchemars. Les enfants peuvent perdre l'envie de jouer, rester prostrés et tristes. Des états d'alerte avec attitudes d'agrippement, d'évitement phobique ou des comportements régressifs avec réapparition d'énurésie nocturne, refus de dormir seul ou dans le noir signent la perte de la sécurité de base et entraînent une régression dans le développement et l'autonomisation. L'inhibition de la pensée et le repli peuvent entraver les apprentissages et le développement cognitif.

Enfin, l'expression corporelle des troubles est fréquente, le plus souvent au premier plan, avec des atteintes cutanées (pelade, psoriasis), des douleurs (céphalées, douleurs abdominales), voire des malaises. À plus long terme, des bouleversements de la personnalité peuvent s'opérer avec une perte des croyances fondamentales qui structurent les enfants et les sociétés (protection parentale, lois, interdits). Ces remaniements peuvent entraver la socialisation des sujets.

Terr a proposé une classification selon que le traumatisme est unique, circonscrit (trauma de type I) ou multiple, répété dans le temps (trauma de type II). Les souvenirs visuels ou impliquant d'autres canaux de perception, les jeux et comportements répétitifs, les peurs spécifiques au trauma et la perception d'un avenir limité sont retrouvés dans la plupart des traumas quel que soit l'âge de leur survenue. En cas de traumas répétés et prolongés dans le temps, le recours à l'auto-hypnose, la dissociation (anesthésie corporelle, amnésie, dépersonnalisation), le déni, le retrait et l'anesthésie affective sont fréquents. La rage envers les autres ou retournée contre soi-même par identification à l'agresseur peut persister jusqu'à l'âge adulte et induire des comportements auto et hétéro-agressifs (Terr, 1991).

Ainsi, un événement de vie dramatique peut avoir des répercussions sur le développement de l'enfant. D'une part, le développement individuel (psychomoteur, psychoaffectif, cognitif) peut être affecté avec : arrêt du développement, régression psychomotrice et des acquisitions, inhibition intellectuelle, troubles des apprentissages, dépressions. D'autre part, ses modalités relationnelles avec son environnement vont être modifiées par l'impact du trauma. La relation parent-enfant pourra être touchée ainsi que la fonction parentale. Les modifications comportementales induites par la symptomatologie traumatique chez l'enfant peuvent entraîner la mise en place d'interactions dysharmonieuses entre l'enfant et ses parents. Pour Bégoin (1991), lorsque l'interaction n'est pas suffisamment harmonieuse, « un état de désespoir s'installe, aggravé par les défenses qui se construisent contre un désespoir d'autant plus profond qu'il est précoce ».

Trauma et interactions

Les interactions parents-enfants en situation de traumatisme psychique peuvent être modifiées par l'effet du trauma de l'enfant sur la fonction parentale, sur les parents, et en retour par les conséquences de ces effets sur l'enfant. Ainsi, les modifications comportementales chez un bébé traumatisé (évitement, retrait, ou au contraire agitation, excitation) peuvent contribuer à la mise en place d'interactions dysfonctionnelles des dyades mères-bébés. De même, les mères traumatisées, en proie à des reviviscences ou des moments de repli, ne sont plus disponibles pour leur bébé. Celui-ci peut de plus être le lieu de projections violentes et mortifères quand il est identifié à l'agresseur

(situation particulièrement rencontrée lorsqu'un l'enfant est né de viol ou est né après un viol chez la mère). Sur le terrain humanitaire, dans des contextes de guerre et de conflits chronicisés, on peut citer l'exemple de malnutritions sévères résistantes au traitement médical avec réaction de rejet maternel (Baubet et coll., 2003 ; Lachal, 2000 ; 1997 ; Mouchenik et coll., 2001) ou des tableaux de spasmes du sanglot, particulièrement lorsque plusieurs membres de la famille ont été traumatisés. Ce symptôme dramatique conduisant à une apparence de mort de l'enfant peut devenir un véritable symptôme familial suscitant une reviviscence collective. L'expression d'« ESPT à deux » a été proposée pour qualifier les situations au cours desquelles la réponse traumatique des parents au traumatisme subi par l'enfant crée un système d'interactions complexes qui pérennisent les troubles chez les deux partenaires de l'interaction (Drell et coll., 1993). Le concept d'ESPT relationnel développé par Scheeringa et Zeanah (2001) qualifie la co-occurrence d'une situation psychotraumatique chez l'enfant et l'adulte qui en prend soin au cours de laquelle la symptomatologie de l'un des deux exacerbe celle de l'autre. Même si les parents peuvent avoir été absents au moment de l'événement traumatique, ils décrivent trois modalités relationnelles :

- retrait/non-réceptivité/indisponibilité : situation souvent rencontrée lorsque les parents ont eux-mêmes subi des traumas antérieurs ;
- surprotection/constriction : les parents sont envahis par la peur de voir un nouveau trauma survenir et par la culpabilité de ne pas avoir su protéger leur enfant ;
- reconstitution de la scène traumatique/mise en danger : le trauma de l'enfant est constamment réactivé par des questions ou des allusions, l'enfant est placé dans des situations où de nouveaux traumas peuvent survenir.

L'impact sur l'enfant de la réaction parentale au trauma de l'enfant peut être :

- minimal : l'enfant n'est pas affecté de manière notable par l'événement ;
- médiateur : l'enfant ne ressent pas l'effet direct de l'événement mais plutôt les conséquences de l'impact traumatique de l'événement sur les parents ;
- modérateur : les réactions de la mère affectent l'évolution de l'état de l'enfant ;
- combiné : les deux partenaires de l'interaction sont traumatisés et leurs manifestations émotionnelles s'exacerbent mutuellement.

Aspects culturels du trauma

Un certain nombre d'auteurs dont les équipes d'ethnopsychanalyse de Marie-Rose Moro ou de Cécile Rousseau au Canada (1998) se sont interrogés sur l'existence d'invariants culturels dans l'expression de la souffrance liée à un événement traumatique. Ils proposent de considérer comme invariants,

non pas la manière dont va s'exprimer la souffrance, à savoir les symptômes, mais plutôt les processus sous-jacents. Ils en décrivent trois : l'effroi, le changement dans l'appréhension du monde et la métamorphose (Baubet et Moro, 2003). Ces notions concernent essentiellement l'adulte, peu d'éléments concernant l'enfant ont été décrits.

Chez les enfants de migrants, la notion de « théories étiologiques » est intéressante à évoquer. En psychiatrie transculturelle, elles font partie des paramètres culturels fonctionnels, c'est-à-dire des processus qui génèrent du discours autour de l'enfant. Ce sont des récits qui donnent un « sens à l'insensé » (Zempléni, 1985), au malheur qui s'abat sur la famille ou le groupe. Ces dires concernent les sens et non les causes. Ces théories sont, notamment pour les parents, un moyen de donner un sens à une problématique d'un enfant, une forme culturellement codée d'y faire face. On retrouve fréquemment les étiologies d'enfants singuliers (« enfants sorciers », « enfants ancêtres », « enfants maudits », etc.). Ces représentations sont à la fois porteuses de sens et permettent à l'enfant de trouver une place dans son groupe d'appartenance mais aussi vectrices d'une représentation parfois menaçante de ce même enfant (Nathan, 1985). En thérapie transculturelle, ces représentations seront utilisées comme un outil et un levier thérapeutique précieux.

Les soins des enfants en contexte transculturel

La prise en charge des familles réfugiées nécessite des dispositifs complexes. Le cumul des difficultés sociales (précarité, pauvreté, isolement social) et de la détresse psychologique (troubles post-traumatiques, dépressions, etc.) des parents rend le repérage et l'accompagnement aux soins des enfants souvent aléatoire.

La demande de soins émane, le plus souvent, de travailleurs sociaux en lien avec les demandeurs d'asile, de maternités et de centres de protection maternelle et infantile. Le dispositif de soins destiné aux familles ayant vécu des traumatismes extrêmes, dans des contextes de guerres, de persécutions organisées, d'emprisonnements ou de tortures doit être plurifocal. En effet, la souffrance psychique exprimée par les patients est massive et en lien avec des circonstances extrêmes, « traitements inhumains et volontairement organisés ou ce qui fonde l'humanité du sujet est touché » (Baubet et coll., 2003). Outre les consultations thérapeutiques parents-enfant et les prises en charge individuelles, il propose parfois un modèle de groupe.

Le travail thérapeutique parents-enfant repose sur un travail direct avec l'enfant et sur les interactions familiales. Dans le cas qui nous occupe, les parents sont eux-mêmes porteurs du traumatisme, le dispositif doit être aménagé pour en tenir compte. En effet, le rôle protecteur du parent face à la détresse de l'enfant doit être soutenu et étayé. Il est donc important de

prévoir un espace de soin individuel pour le parent affecté. L'ensemble de ces aménagements du cadre constitue un dispositif à géométrie variable.

Le travail autour de l'interaction vise essentiellement à rétablir la capacité de fonctionnement réflexif chez la mère et plus généralement chez la figure d'attachement. Pour Fonagy et coll. (1996), il s'agit de la capacité de la figure d'attachement à se représenter l'état mental de son enfant. Pour lui un parent traumatisé perdrait cette capacité de fonctionnement réflexif et serait donc dans l'impossibilité d'identifier les pensées, émotions, intuitions de son enfant. Ainsi des réponses inadaptées de sa part interviendraient dans l'interaction. L'accordage affectif en serait altéré chez les plus jeunes en particulier. Le travail du thérapeute est alors d'identifier, de repérer ces moments d'inadaptation et de médiatiser le lien.

Lebovici a beaucoup insisté sur la part active des bébés et ce qu'elle suscite chez le thérapeute à travers l'empathie métaphorisante où « ce sont les mots qui disent ce que le corps a ressenti dans un moment d'enaction » (1983). À travers la théorisation du mandat transgénérationnel, Serge Lebovici abordait la question de la transmission du traumatisme et de son impact en termes de risque sur l'épanouissement de l'« arbre de vie » de l'enfant, son arbre généalogique, contraint d'héberger des « fantômes » ne lui appartenant pas. Son modèle de consultation thérapeutique dans la continuité des travaux de Winnicott (1971) constitue un cadre précieux pour penser et soigner avec des dyades mère-enfant en grande souffrance.

Dans les thérapies de jeunes enfants présentant des troubles liés à un trauma psychique, les relations transférentielles et contre-transférentielles apparaissent fréquemment intenses et violentes. Les différentes formes du contre-transfert sont complexes. Elles témoignent de l'empathie du thérapeute mais aussi de ce qui est transmis du traumatisme. Nous faisons en effet l'hypothèse que ce que le thérapeute perçoit dans le contre-transfert est en analogie avec ce qui est transmis au bébé. À partir de son travail avec des mères et des bébés traumatisés, Lachal (2006) a décrit les scénarios émergents qu'il caractérise comme une réponse spontanée chez le thérapeute au récit de l'expérience traumatique. Pour celui-ci, le fait de produire un « scénario émergent » est le signe d'une forte empathie au moment où le patient est plongé dans son récit. Sa présence serait comme le témoin d'un travail d'élaboration à l'œuvre chez le thérapeute, ce qui le rendrait également possible chez le patient. C'est pourquoi nous accordons une place importante à l'analyse des contre-transferts, aussi bien lors du travail mère-bébé que dans les suivis individuels ou dans le groupe (Moro, 2003).

Parce que ces thérapies sont conduites en situation transculturelle, il convient de porter une attention particulière aux facteurs culturels : la langue, les représentations concernant l'enfant et les troubles qu'il présente, les possibilités d'affiliation à une communauté ou à un groupe.

La prise en charge des familles réfugiées justifie des dispositifs complexes prenant en compte les dimensions sociale, culturelle, politique et psychologique (individuelles, interactionnelles, familiales). Le soutien à la parentalité, à la restauration de la narrativité et de la symbolisation apparaît comme fondamental dans le processus thérapeutique en jeu pour les parents et les enfants. Les bébés nés dans ces familles après de tels parcours sont exposés aux conséquences de leurs éventuelles expériences passées mais aussi, pour ceux nés après l'exil, à la transmission du trauma des parents. Cela peut conduire à une altération de leurs ressources créatives propres.

Bibliographie

Akhtar S. A third identity individuation : immigration, identity, and the psychoanalytic process. JAPA 1995 ; 43 (4) : 1051–84.

Anthony EJ, Chiland C, Koupernik C. (1978). L'enfant dans sa famille, l'enfant vulnérable. Paris : PUF : Réédition ; 1982.

Aubry C. Mutisme sélectif : étude de trente cas. Thèse de Médecine (n° Méd. 10247). Genève : Université de Genève ; 2002.

Bailly L. Traumatisme psychique chez le jeune enfant et théories sociales infantiles. In : Baubet T, Lachal C, Moro MR. Bébés et trauma. La Pensée Sauvage ; 2003. p. 59–67.

Baubet T, Moro MR. Cultures et soins du trauma psychique en situation humanitaire. In : Baubet T, Le Roch K, Moro MR. Soigner malgré tout. Vol. 1 : Trauma, cultures et soins. Grenoble : La Pensée Sauvage ; 2003. p. 71–95.

Baubet T, Gaboulaud V, Grouiller K et al. Facteurs psychiques dans les malnutritions infantiles en situation de post-conflit. Évaluation d'un programme de soins de dyades mères-bébés malnutris à Hébron (Territoires palestiniens). Ann Med-Psychol 2003 ; 161 : 609–13.

Baubet T, Abbal T, Claudet J et al. Traumas psychiques chez les demandeurs d'asile en France : des spécificités cliniques et thérapeutiques. Journal International de Victimologie 2004 ; 2 (2) [1 screen]. Available from : http://www.jidv.com/BAUBET, T-JIDV2004_ %202(2).html. Accessed December 15, 2007.

Bégoin J. Le narcissisme, beauté et horreur de la croissance psychique. Revue Française de Psychanalyse 1991 ; 1 : 121–9.

Bensekhar-Bennabi M, Serre G. L'univers du bilingue et la réalité des familles bilingues. Entretiens de la petite enfance, 17 septembre 2005.

Bialystok E, Craik FIM, Klein R, Viswanathan M. Bilingualism, aging, and cognitive control : Evidence from the Simon task. Psychology and Aging 2004 ; 19 (2) : 290–303.

Bowlby J. (1969) Attachement et perte. Vol. 1. L'attachement. Paris : PUF ; 1978.

Brinbaum Y, Kieffer A. D'une génération à l'autre, les aspirations éducatives des familles immigrées : ambition et persévérance. Les dossiers d'éducation et formation 2005 ; 72 : 53–75.

Bydlowski M. Méthode pour une recherche psychanalytique en maternité. In : Lebocivi S, Mazet P VisierJP. Évaluation des interactions précoces. Paris : Eshel ; 1989. p. 359–65.

Chavira DA, Shipon-Blum E, Hitchcock C et al. Selective mutism and social anxiety disorder : all in the family ? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007 ; 46 (11) : 1464–72.
Crocq L. Perspective historique sur le trauma. In : De Clerq M, Lebigot F. Les traumatismes psychiques. Paris : Masson ; 2001. p. 23–64.
Devereux G. Essais d'éthnopsychiatrie générale. Paris : Gallimard ; 1970.
Drell MJ, Siegel CH, Gaensbauer TJ. Post traumatic stress disorder. In : Zeanah CH. Handbook of infant mental health. New-York : Guilford Press ; 1993. p. 291–304.
Farwel N. Onward through strengh : coping and psychological support among refugee youth returning to Eritrea from Sudan. J Refug Study 2001 ; 14 : 1–69.
Fazel M, Stein A. The mental health of refugee children. Arch Dis Child 2002 ; 87 : 366–70.
Fonagy P. The transgenerational transmission of Holocaust trauma. Lessons learned from the analysis of an adolescent with obsessive-compulsive disorders. Attachment and Human development 1999 ; 1 (1) : 92–114.
Fonagy P, Steele H, Steele M. Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organisation of infant – mother attachment at one year of age. Child Development 1991 ; 62 : 891–905.
Fonagy P, Steele H, Morans G et al. Fantômes dans la chambre d'enfant : étude de la répercussion des représentations mentales des parents sur la sécurité de l'attachement. La Psychiatrie de l'Enfant 1996 ; 39 (1) : 63–83.
Freud A. Le traumatisme psychique. In : L'enfant dans la psychanalyse. Paris : Gallimard ; 1965. p. 205-14.
Gibello B. Contenants de pensée, contenants culturels. La dimension créative de l'échec scolaire. In : Yahyaoui A. Troubles du langage et de la filiation chez le Maghrébin de la deuxième génération. Grenoble : La Pensée Sauvage ; 1988.
Gonsalves CJ. Psychological stages of the refugee process : a model for therapeutic intervention. Prof Psychol Res Pr 1992 ; 23 : 382–9.
Hamers JF, Blanc M. Bilingualité et bilinguisme. Paris : Pierre Mardaga ; 1983.
Lachal C. La représentation de l'ennemi : penser l'autre pour se structurer. Champ Psychosomatique 1997 ; 10 : 31–51.
Lachal C. Le comportement de privation hostile. L'autre, Cliniques, Cultures et Sociétés 2000 ; 1 (1) : 77–89.
Lachal C. Le partage du traumatisme. Contre-transferts avec les patients traumatisés. Grenoble : La Pensée Sauvage ; 2006.
Lachal C, Ouss-Ryngaert L, Moro MR. Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire. Paris : Dunod ; 2003.
Lebovici S. Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste. Les interactions précoces. Paris : Le Centurion ; 1983.
Lustig SL, Kia-Keating M, Knight WG et al. Review of child and adolescent refugee mental health. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2004 ; 43 (1) : 24–35.
Mahler M. Epilogue (1978). L'enfant dans sa famille, l'enfant vulnérable. Paris ; PUF. Réédition 1982.
Mead M. Mœurs et sexualité en Océanie. Paris : Plon ; 1963.
Mirsky J. Language and Migration : Separation individuation conflicts in relation to the mother tongue and the new language. Psychotherapy 1991 ; 28 (4) : 618–24.
Moro MR. D'où viennent ces enfants si étranges ? Logiques de l'exposition dans la psychopathologie des enfants de migrants. Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie 1989 ; 12 : 69–84.

Moro MR. Parents en exil. Psychopathologie et migrations. Paris : PUF ; 1994.
Moro MR. Psychopathologie transculturelle des enfants de migrants. Paris : Dunod ; 1998 [2e édition 2000 sous le titre Psychothérapie transculturelle des enfants et des adolescents].
Moro MR. Parents and infants in changing cultural context : immigration, trauma and risk. Infant Mental Health Journal 2003 ; 24 (3) : 240–64.
Moro MR. Aimer ses enfants ici et ailleurs. Histoires transculturelles. Paris : Odile Jacob ; 2007.
Moro MR, Lebovici S. Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie. Paris : PUF ; 1995.
Moro MR, Nathan T. Le bébé migrateur. Spécificités et psychopathologie des interactions précoces en situation migratoire. In : Lebovici S, Weil-Halpern F. Psychopathologie du bébé. Paris : PUF ; 1989. p. 683–722.
Mouchenik Y, Baubet T, Belanger F et al. Évaluer les troubles psychologiques post-traumatiques chez les enfants de moins de six ans : à propos d'une étude réalisée à Debar (Macédoine). L'autre, Cliniques, Cultures et Sociétés 2001 ; 2 (2) : 359–66.
Nathan T. L'enfant-ancêtre. Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie 1985 ; 4 (L'enfant ancêtre) : 7-9.
Nathan T. La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique. Paris : Dunod ; 1986.
Rapport d'activité OFPRA, 2006 : http://www.ofpra.gouv.fr/documents/rapport_Ofpra_2006.pdf.
Papadopoulos RK. Refugees families : issues of systemic supervision. J Fam Ther 2001 ; 23 : 207–13.
Racamier PC. À propos des psychoses de la maternalité. In : Soulé M. Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée. Paris : ESF ; 1979.
Rezzoug D, De Plaën S, Bensekhar-Bennabi M et al. Bilinguisme chez les enfants de migrants : mythes et réalités. Le Français Aujourd'hui 2007 ; 158 : 61–8.
Rousseau C, Drapeau A. The Impact of Culture on the Transmission of Trauma. In : Danieli Y. Intergenerational handbook of Multigenerational legacies of Trauma. New-York : Plenum Press ; 1998. p. 465–85.
Sanson C, Serre G, Moro MR. Les langues de Krishna : l'orthophoniste face au bilinguisme. L'autre, Cliniques, Cultures et Sociétés 2008 ; 9 (2) : 195–202.
Scheeringa MS, Zeanah CH. A relational perspective on PTSD in early childhood. J Trauma Stress 2001 ; 14 : 799–815.
Schnapper D. La France de l'intégration. Sociologie de la nation en 1990. Paris : PUF ; 1991.
Sharkey L, Mc Nicholas F. « More than 100 years of silence », elective mutism : a review of the literature. Eur Child Adolesc Psychiatry 2008 ; 17 (5) : 255–63.
Steinhausen HC, Watcher M, Laimböck K, Mtzke CW. A long-term outcome study of selective mutism in childhood. J Child Psychol Psychiatry 2006 ; 47 (7) : 751–6.
Stern DN. (1985). Le monde interpersonnel du nourrisson. Paris : PUF ; réédition 1989.
Stoleru S. La parentification et ses troubles. In : Lebovici S, Weil-Halpern F. Psychopathologie du bébé. Paris : PUF ; 1989. p. 118.
Taïeb O, Baubet T, Pradère J et al. Traumatismes psychiques chez l'enfant et l'adolescent. EMC-Psychiatrie 2004 ; 1 (1) : 23–32.
Terr L. Childhood traumas : an outline and overview. Am J Psychiatry 1991 ; 148 (1) : 10–20.

Tomkiewicz S, Manciaux M. La vulnérabilité. In : Manciaux M, Lebovici S, Jeanneret et al. L'enfant et sa santé. Aspects épidémiologiques, biologiques, psychologiques et sociaux. Paris : Doin ; 1987.

Vallet LA, Caille JP. Les élèves étrangers ou issus de l'immigration dans l'école et le collège français. Une étude d'ensemble. Les dossiers d'éducation et formation 1996 ; 67 : 1–153.

Vallet LA, Caille JP. Niveau en français et en mathématiques des élèves étrangers ou issus de l'immigration. Économie et statistique 1996 ; 293 : 137–53.

Virole B. Troubles du langage chez les enfants de migrants. Problèmes de diagnostics et d'orientation thérapeutique ; 2004. Texte disponible en ligne sur le site www.benoitvirole.com.

Winnicott DW. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Payot ; 1969.

Winnicott DW. La consultation thérapeutique de l'enfant. Paris : Gallimard ; 1971.

Winnicott DW. La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques. Paris : Gallimard ; 2000.

Winnicott DW. Les enfants et la guerre. Paris : Payot ; 2004.

Yeganeh R, Beidel DC, Turner SM. Selective mutism : more than social anxiety ? Depress Anxiety 2006 ; 23 (3) : 117–23.

Zempléni A. La « maladie » et ses « causes ». Introduction. L'Ethnographie 1985 ; 81 (2) : 13–44.

11 Adolescence : la construction identitaire et ses aléas

Sara Marie Skandrani, Laëtitia Bouche-Florin

Depuis maintenant plusieurs années, des « maisons des adolescents », lieux de soins psychiques et somatiques spécifiques, ont ouvert en France. Il s'agit de répondre à une souffrance adolescente qu'il est difficile de prendre en charge dans des services de pédopsychiatrie ou de pédiatrie comme au sein de structures de soins adultes. Cette souffrance s'exprime de différentes façons, la tentative de suicide ou la dépendance à un ou des produits en sont peut-être une des formes les plus inquiétantes, visibles, aux yeux de la société.

La maison des adolescents de l'hôpital Avicenne à Bobigny[1] est située dans un département qui accueille depuis plusieurs décennies une population de migrants venus de tous horizons (dans la seule ville de Saint-Denis, les Dionysiens représentent plusieurs dizaines de nationalités différentes). Nos jeunes patients sont donc très souvent enfants de parents migrants. La clinique transculturelle est alors une discipline incontournable pour comprendre et soigner la souffrance psychique de ces adolescents.

Ces conduites à risques pourraient être comprises comme le stigmate d'une souffrance psychique chez ces jeunes de la deuxième voire de la troisième génération de migrants. C'est la question de leur place au sein de la société qui serait ici interpellée, voire peut-être même de leur identité propre. C'est au sein de cette problématique que s'inscrit notre réflexion sur la construction identitaire des adolescents de parents migrants. L'édification de cette réflexion s'appuie sur différents courants théoriques (psychologie transculturelle et théorie du *self dialogique*). Nous chercherons à mettre en relief les grands concepts sur lesquels nous nous basons pour penser cette question. La question de la dépendance au cannabis et de la tentative de suicide chez ces jeunes sujets sera analysée à partir de cet axe identitaire.

1 La maison des adolescents *Casita* relève du service de psychopathologie de l'enfant et l'adolescent, psychiatrie générale de l'hôpital Avicenne (AP-HP) à Bobigny, service du professeur Marie-Rose Moro.

Psychopathologie transculturelle

D'un point de vue philosophique, il existe différentes conceptualisations de l'identité : d'un côté l'identité comme substance et d'un autre l'identité comme processus. Dans le cadre de cette dernière hypothèse, l'identité représente une construction dynamique et à renouveler constamment dans la relation à l'autre (Moro, 1998) ; ceci permet de dépasser des conceptualisations statiques de l'identité. Elle assume des tensions contradictoires entre pôles structurants. Reconnaître l'identité de l'autre est donc une condition nécessaire à la construction de l'identité propre (*ibid.*).

Même si la théorie du *self dialogique* de Hermans n'a pas été spécifiquement construite pour les adolescents, elle est particulièrement intéressante lorsqu'on l'applique à la population de jeunes de la deuxième génération en situation d'acculturation. Cette théorie permet de comprendre leur formation identitaire comme processus constant et jamais achevé, nécessitant des négociations et médiations entre les *voix* multiples et parfois opposées du *self*.

Conflits et négociations identitaires du *self dialogique*

Hermans et Kempen (1998) ainsi que Bhatia et Ram (2001a ; 2004) soulignent que la construction identitaire des migrants et de leurs enfants est influencée par les relations actuelles, souvent asymétriques, entre pays d'accueil et d'origine. Celles-ci peuvent par ailleurs s'inscrire dans un passé colonial. Les expériences de racisme, de discrimination et de *othering*[2] sont également à prendre en compte. Ces auteurs conceptualisent les négociations identitaires comme fluides, dynamiques et instables. Un changement, un mouvement permanent entre identités multiples et contradictoires est supposé.

Ces conflits, mouvements et négociations au sein de la construction identitaire sont pris en compte par la théorie du *self dialogique*, développée ces dernières années par ces mêmes auteurs (Hermans, 2001a, 2003). En s'inspirant de James (1890) et de Bakhtin (1929), ces auteurs conceptualisent le *self* comme une multiplicité dynamique de positions du *Je*, relativement autonomes et parfois opposées. En fonction de la situation et du moment, le *Je* a la possibilité de se mouvoir dans un espace imaginaire, entre ces différentes positions. Ces positions du *Je* sont incorporées dans des *voix*, par le biais desquelles chaque *Je* peut raconter une histoire sur son *Moi* respectif, ses expériences à partir de sa propre position, et ceci de façon relativement indépendante des autres *Je*-auteurs. Ces *voix* sont individuelles ou

2 Processus par lequel l'environnement et la société dominante renvoient les migrants et leurs enfants à leur altérité et différence, pour se distancier d'eux.

collectives correspondant respectivement à des positions personnelles ou sociales. Ainsi les positions des groupes culturels et de la société peuvent être incluses dans le *self*, non comme copies des positions initiales, mais en tant que constructions individuelles.

Cette théorie du *self dialogique* est particulièrement adaptée pour rendre compte des négociations identitaires des migrants et de leurs enfants en situation d'acculturation, négociations qui impliquent des contradictions, conflits et dialogues. Bhatia et Ram (2004) conceptualisent *l'acculturation* comme un processus dynamique et dialogique, résultant dans la construction de nouvelles significations culturelles. Les différentes *voix* culturelles composant le *self* sont construites à partir de variables d'ethnie, de nationalité, de sexe, mais également à partir d'expériences de racisme, de discrimination et de *othering*. Les relations entre ces différentes voix peuvent être asymétriques, reflétant les relations déséquilibrées entre les différentes cultures, nations et sexes dans un certain contexte socio-historique et socioculturel. Ces différentes *voix* culturelles peuvent être relativement indépendantes les unes des autres, ou fusionner, ou encore être en conflits (Hermans, 2001a ; 2001b). Ces conflits nécessitent alors la mise en place d'un processus de négociation et de médiation constant, fluide et dynamique, impliquant un va-et-vient entre différentes voix (Bhatia et Ram, 2004). Ces négociations sont complexes, puisqu'elles doivent tenir compte des *voix* des parents, de celles des pairs, de celles du pays d'origine et de celui d'accueil, etc. Elles ont lieu sur différents fronts : milieu scolaire, monde de la maison, univers de la langue, pratique culinaire, etc. Cette fluctuation entre différentes *voix* montre que l'identité se construit à travers le mélange et le mouvement des cultures (Hermans, 2001b).

Les *relations dialogiques* entre différentes *voix* peuvent par ailleurs prendre diverses formes. Bhatia et Ram différencient trois *processus dialogiques* (2004) :

- on parle de *processus de polyphonie* lorsque le *self* endosse simultanément différentes positions opposées entrant en dialogue les unes avec les autres ;
- le *processus d'expropriation* illustre la domination d'une voix entraînant l'évincement de toutes les *voix* opposées ;
- et enfin le *processus de ventriloquie* permet à une *voix* de s'exprimer à travers une autre *voix* ou d'endosser la position d'une autre voix.

Chez les individus en situation transculturelle, on observe par ailleurs des *coalitions* entre *voix* opposées : les différentes *positions* du *self* coexistent et réagissent les unes aux autres sous forme d'une boucle dynamique (Bhatia et Ram, 2001b ; Hermans, 2003). Un mélange entre différentes voix culturelles est également possible, donnant naissance à une nouvelle *voix* dite *hybride* (Hermans et Kempen, 1998). Ainsi, le *self dialogique* est

dynamique et générateur d'innovations ; de nouvelles *voix* peuvent être internalisées ou alors être transformées par l'interaction des voix entre elles tout comme avec l'environnement social et culturel. Elles peuvent également être écartées à l'arrière-plan du *self* ou au contraire refaire surface (Hermans, 2003).

Tentant d'intégrer une dimension historique à la composition du self dialogique, Roland, psychanalyste, postule que les expériences précoces des relations familiales, représentées par les *voix* des membres de la famille, sont profondément intériorisées par le *self* et en deviennent une partie importante (2001). Plus tard, le *self* est confronté, à travers l'école, les relations sociales et le travail, aux *voix* de la culture d'accueil, qui seront également internalisées. Confusion et conflits d'identité peuvent alors émerger entre des voix plus anciennes et des voix plus récentes, pouvant entraîner chez l'individu incertitude et anxiété (Hermans et Kempen, 1998 ; Roland, 2001). Les voix de la culture d'origine ne disparaissent pas simplement avec le temps, mais sont défiées, réprimées ou invoquées, lorsqu'une personne est confrontée aux voix différentes, et souvent dominantes, de la culture d'accueil. Par ailleurs, il souligne la nécessité de prendre en compte des facteurs inconscients sans pour autant les définir clairement.

L'identité métissée de la psychologie transculturelle

Les travaux français traitant du processus de construction identitaire chez l'adolescent de parents migrants s'inscrivent majoritairement au sein du courant ethnopsychiatrique (ou ethnopsychanalytique). Le complémentarisme, méthode de recherche clinique et thérapeutique développée par Georges Devereux, impliquant l'utilisation obligatoire mais non simultanée d'un double regard (anthropologique et psychanalytique par exemple) est alors la méthode de recherche sur laquelle s'appuient ces travaux. Pour ce courant, la compréhension du processus d'édification de l'identité chez l'enfant de migrants durant la période adolescente doit se comprendre comme le prolongement d'un chemin amorcé par les parents avant même que l'enfant naisse ici. Les premières pages du récit de leur construction identitaire sont introduites par l'histoire migratoire même des parents. L'impact du contexte d'acculturation sur le psychisme du migrant, devenu parent dans la migration, imprègne la nature et la qualité des relations précoces qu'il établit avec son bébé né sur la terre d'accueil. C'est au cœur même de ces premières interactions que la clinique transculturelle en France cherche à comprendre ce qui sous-tend le processus de construction identitaire de ce bébé devenu adolescent.

Vulnérabilité de l'enfant de migrants et impacts psychiques de la situation d'acculturation familiale

Il s'avère que la migration entraîne une rupture brutale, elle implique alors une perte du cadre culturel et de sa fonction d'étayage. En effet, chaque enfant naît dans un bain culturel spécifique, la *structuration culturelle,* concept introduit par Tobie Nathan, se développe dès les premiers jours de la vie. Elle est à l'origine de la culture intériorisée chez l'enfant et est concomitante, dépendante réciproquement de la structuration psychique du sujet (1988). Ces deux structures sont en relation tout au long de la vie du sujet avec le monde culturel extérieur, elles sont en perpétuel mouvement.

La mère migrante qui accouche en France, si elle est seule ou mal accompagnée, peut vivre une confusion, un sentiment d'abandon, une perte des repères culturels qui l'accompagnaient dans son statut/rôle de mère. Quand le vécu du monde extérieur est si singulier, la mère éprouve des difficultés à introduire l'enfant dans l'environnement dans lequel il va grandir. « Ainsi va-t-elle transmettre potentiellement à l'enfant cette perception kaléidoscopique du monde qui peut être génératrice d'angoisse et d'insécurité » (Moro 2003, p. 173). Le bébé, à l'image du vécu maternel, est amené à rencontrer le monde extérieur par à-coups, et souvent de manière traumatique. De fait, l'enfant se structure sur un clivage où filiations (transmission parentale) et affiliations (appartenance à un groupe) sont dissociées, reflet de ce qu'on nomme la *vulnérabilité spécifique* de l'enfant de migrant[3].

En situation d'acculturation, la structuration culturelle de l'enfant de migrant ne peut plus se construire sur une ligne directrice unique mais sur des clivages, lesquels s'observent aussi au niveau psychique, l'un n'explique pas l'autre, c'est un même mouvement. L'enfant doit faire face à une quasi-obligation de clivage du moi. Quand il grandit, va à l'école, il ne peut que tracer une frontière entre le monde de la maison, celui des coutumes et traditions de là-bas et le monde d'ici, celui de l'école, des amis… On observe alors l'utilisation d'un mécanisme défensif privilégié chez ces enfants au moi clivé : le déni. Ce déni porte le plus souvent sur la filiation et est fréquemment partagé par la famille. Le risque est que cet enfant soit perçu comme un étranger, transformé par le pays d'accueil, dont il connaît d'ailleurs bien mieux les codes que ses propres parents ; des représentations fantasmatiques issues des mythes et légendes peuvent y être associées. Marie-Rose Moro qualifie ces enfants d'*enfants exposés*, à l'image des héros

3 *Cf.* recherche effectuée dans le département de psychopathologie de l'université de Paris XIII (Bobigny) sous la direction de Marie-Rose Moro (1994 ; 1998 ; 2004), concept développé dans le chapitre « Bases de la clinique transculturelle du bébé, de l'enfant et de l'adolescent », sous-chapitre « Vulnérabilité du développement de l'enfant » de l'ouvrage *Manuel de psychiatrie transculturelle*.

mythiques qui bravent de nombreux obstacles mettant en péril leur vie. Pour Gibello (1988, p. 87) c'est parce que les contenants culturels sont peu ou pas véhiculés par les parents que des troubles de la pensée et du développement cognitif s'observent chez l'enfant en situation transculturelle. Les contenants culturels sont des contenants véhiculés implicitement et portés par un groupe, ils aident la pensée à fonctionner et permettent la circulation des contenus de pensée au sein des membres du groupe. Quand ces contenants viennent à manquer, c'est la fonction générale de symbolisation qui est atteinte, « de même que les apprentissages cognitifs, scolaires, sociaux et culturels ». Ce constat chez les enfants de migrants durant la période des apprentissages s'observe d'ailleurs à la période adolescente, élaborer de manière créative les différentes influences qui le traverse peut devenir alors un vrai *challenge*.

Le brouillage psychique auquel doivent faire face les parents n'épargne donc pas les enfants. Il s'opère à un niveau différent. Ce phénomène psychique est d'une bien plus grande importance psychologique. Ici, il agit sur une personnalité en pleine maturité. C'est à partir de la plus tendre enfance, autrement dit dès les premiers moments des interactions précoces, que ces logiques et leurs dysfonctionnements s'installent. Cette période n'est pas l'unique étape de *vulnérabilité*, les recherches effectuées ont montré qu'il existe deux autres moments spécifiques où cette *vulnérabilité* refait surface : la période des grands apprentissages et celle de l'adolescence[4].

La construction identitaire de l'adolescent de migrants

Parce qu'il cherche et teste ses images identificatoires, l'adolescent met souvent à mal les rôles parentaux. Il remet en cause et cherche à comprendre l'ordre des choses afin de trouver sa propre place.

Chez un adolescent de parents migrants, cette remise en cause peut alors devenir brutale car les codes de la culture d'origine transmis par les parents ne sont plus nécessairement relayés par les règles du pays d'accueil. L'enfant compare et évalue les différents codes culturels qui s'offrent à lui. Cette perception distanciée de ce que veut lui transmettre sa famille peut rendre la transmission compliquée et conflictuelle ; la transmission des valeurs peut même devenir chaotique (Moro, 1998). Les parents de l'adolescent veulent que « l'intégration » de leur enfant se passe au mieux. Ils prennent souvent inconsciemment le parti de s'effacer. Cette position

4 Recherche effectuée dans le département de psychopathologie de l'université de Paris XIII (Bobigny) sous la direction de Marie-Rose Moro.

effacée des parents est probablement à remettre dans un contexte historique et social (comme le souligne la théorie du *self dialogique).* En effet, si le pays d'où viennent les parents a été marqué par la colonisation française, une certaine asymétrie entre les cultures peut alors encore persister consciemment ou inconsciemment chez le sujet migrant l'amenant à présenter la culture française comme « meilleure » voire « supérieure » (à la sienne) à ses propres enfants. Cet état d'esprit est probablement d'ailleurs renforcé par la réalité sociale dans laquelle le parent migrant évolue ; il est un sujet issu d'un groupe culturel minoritaire au sein de la société d'accueil.

Ainsi, cet effacement parental peut s'exprimer sous plusieurs formes ; l'inversion des générations observée au sein de certaines familles migrantes peut en être une illustration. L'enfant qui va à l'école, apprend à lire et à écrire le français, obtient alors une place particulière dans la famille. La *parentification* de l'enfant l'amène à traduire, à lire et expliquer le monde extérieur aux parents. Parfois, très tôt l'enfant doit assumer cette place complexe et quand il devient adolescent celui-ci met en place des stratégies plus ou moins efficaces pour mettre à distance ce statut. Il peut se montrer très agressif envers ses parents, remettre en cause leur place, les dévaloriser au point de nier leur autorité. Cette dévalorisation fait écho à la mauvaise estime de soi des parents abîmés par les multiples déstabilisations dues au contexte d'acculturation. L'adolescent de parents migrants peut alors avoir l'illusion de s'auto-assumer, de s'être « fait tout seul », sans racines pour l'aider à grandir (*op. cit.*, 174-5). Les parents ne s'impliquent pas dans la société d'accueil mais encouragent explicitement leur enfant. Celui-ci se trouve dans une situation de double injonction contradictoire des parents (Becker et coll., 1994). Ont alors lieu des processus au cours desquels le sujet doit faire face à des remaniements psychiques et reconstruire sa propre identité. Cette tâche est d'autant plus douloureuse pour l'adolescent que la question de l'identité devient aiguë à cette période où il doit faire face à une carence identificatoire.

Dans un contexte de migration, l'adolescence est le moment où cette vulnérabilité, spécifique de l'enfant de migrants, est réactivée et le clivage, sur lequel le bébé de migrant devenu grand s'est structuré, reprend les devants de la scène (Moro, 1998, p. 65–95). Dans le cadre de cette négociation identitaire, l'adolescent est confronté à un enjeu de métissage entre filiation et affiliations. Il est confronté à la question de ses appartenances. Élaborer sa place dans la filiation et ses affiliations devient source de conflit pour l'adolescent de parents migrants. Et « pour tenter d'échapper au clivage qui le guette du fait de sa double appartenance, il [l'adolescent] est condamné à faire des liens, à inventer des stratégies de métissages plus ou moins créatrices, plus ou moins douloureuses » (*ibid.*, p. 88).

La dépendance au cannabis ou la tentative de suicide sont-elles le signe d'une construction identitaire impossible ?

Même si certains adolescents de parents migrants parviennent à mettre en place des stratégies afin de se construire une identité métissée, il s'avère que certains d'entre eux y arrivent difficilement ; ces derniers se retrouvent parfois même face à une impasse, dont tout trouble psychopathologique pourrait être un stigmate. La dépendance au cannabis comme le passage à l'acte suicidaire sont les illustrations particulièrement criantes et violentes d'une souffrance interne, de l'adolescent de parents migrants, qui ne peut s'exprimer que dans l'agir (Bouche-Florin et coll., 2005 ; 2007).

Construction identitaire et dépendance au cannabis chez l'adolescent de parents migrants

Recherche sur la dépendance au cannabis chez les adolescents de parents migrants

De par sa position géographique (93), la maison des adolescents reçoit en consultation « ado-cannabis » des adolescents consommateurs de cannabis dont près de la moitié sont des enfants de parents migrants. Dès lors, la question de l'impact de la migration des parents sur la souffrance psychique de ces adolescents nous a questionnés. Plus précisément, nous nous sommes demandé dans quelle mesure le contexte d'acculturation dans lequel la famille évolue pouvait avoir des répercussions sur leur consommation. Au-delà, y a-t-il une spécificité, une problématique commune aux adolescents dépendants au cannabis et fils de migrants ? L'objectif de cette recherche est alors d'évaluer l'impact du contexte d'acculturation familial, à travers le prisme de cette négociation identitaire, sur la dépendance au cannabis de l'adolescent de parents migrants. La consommation de cannabis serait alors un mode d'expression de la vulnérabilité spécifique à cet adolescent et permettrait à celui-ci d'atteindre l'illusion qu'une résolution est possible. Notons ici que cette recherche s'appuie sur la méthodologie *complémentariste* développée par Georges Devereux (1985).

Les résultats de cette recherche[5] montrent que tous les adolescents et jeunes adultes étudiés vivent un questionnement identitaire intense au sein duquel la quête de sens est centrale. La construction, depuis la petite enfance, de mondes clivés entraîne, à l'adolescence, un clivage des représenta-

5 Recherche effectuée dans le cadre du Master 2 Recherche « Développement, psychopathologie, psychanalyse et clinique transculturelle » dirigée par le professeur Marie-Rose Moro, Université Paris XIII, LSHS Villetaneuse, SMBH Bobigny.

tions entre les différentes influences reçues. Trouver sa place dans ces différents univers est source de difficultés, c'est la place au sein de la famille qui est la moins évidente. Ces adolescents ont par ailleurs la sensation d'avoir été comme exposés aux dangers du monde du dehors, c'est le manque de lien parents/école qui est le plus souvent pointé et générateur de solitude.

La transmission parentale est souvent vide de sens mais aussi vide de récit. En effet, même si les parents tentent de transmettre leurs croyances ou leur langue par exemple, cette transmission est souvent détachée de son sens culturellement codé. L'adolescent ne parvient alors pas à investir ce que tente de lui léguer son parent, ce qui entraîne des relations extrêmement conflictuelles. Très peu d'adolescents ont connaissance de l'histoire migratoire parentale, il y a comme un interdit tacite à en parler.

Ces adolescents ne parviennent pas alors à se construire une identité métissée par les différents univers dans lesquels ils évoluent. Fumer du cannabis, parce que cela facilite une élaboration, devient alors un médiateur au sein de leur recherche identitaire. Le cannabis aide à imaginer de possibles manières d'être, à réécrire son histoire et y tracer des liens. De plus, les effets psychiques du cannabis favorisent le clivage et entrent ainsi en écho avec la représentation intime que, depuis petit, ces adolescents se sont construite du monde dans lequel ils grandissent.

Il existe plusieurs tentatives d'explications théoricocliniques de la question de la dépendance chez l'adolescent de parents migrants et plusieurs recherches sur la question de l'addiction au cannabis à l'adolescence. Cependant, il n'existe pas de recherche sur l'addiction spécifique au cannabis des adolescents de parents migrants. Deux grands thèmes ont été développés autour de ces questions : l'addiction de l'adolescent de migrants peut se comprendre comme une réponse au trauma migratoire des parents ou comme l'expression d'une impasse de l'adolescent à son inscription dans une filiation.

L'addiction comme le signe d'une répétition du trauma familial

Le besoin de traumatisme, à différents degrés, s'observe chez bon nombre d'adolescents. L'expérience traumatique, en tant qu'événement violent ou abrupt spontanément utilisé par l'appareil psychique, est un vécu expérimentant la cohérence interne de celui-ci. Ce besoin de traumatisme devient pour certains adolescents un besoin vital, une nécessité, entraînant celui-ci dans le tourbillon de l'addiction.

Différentes observations cliniques montrent que le besoin de traumatisme existe de façon aiguë chez les enfants de migrants. On observe dans le fonctionnement psychique des adolescents dépendants et issus de la deuxième génération une forme d'appétence exacerbée aux traumatismes venant faire écho à celui vécu par les parents (Moro, 1991 ; Yahyaoui, 1992 ; Hoijman,

1994). Les relations précoces mère migrante/bébé s'organisent parfois difficilement dans la migration. Les dysfonctionnements en sont parfois la source de lourdes carences et à valeur traumatique. En effet, le trauma non élaboré par les parents est parfois transmis tel quel par ceux-ci aux enfants. Le traumatisme des parents est porté par les enfants et entraîne des effets psychiques sur son fonctionnement interne. Devenu adolescent, il peut souffrir d'une appétence au trauma. Autrement dit, « le besoin de traumatisme des adolescents, fils de migrants, est donc une donnée complexe qui prend place dans les conséquences de la logique migratoire » (Moro, 1991, p. 112). Parce qu'il a l'habitude d'utiliser le clivage, l'enfant de migrant suspend l'effet traumatique jusqu'à ce que, dans l'après-coup, un événement ou un adulte y apporte un sens et inscrive cet événement traumatique dans une histoire de vie cohérente. Mais lorsque cet événement ou cet adulte n'interviennent pas, c'est le clivage qui s'enracine, se constitue un *faux-self* plus ou moins invalidant chez l'enfant. Au moment de la puberté, la fonction de résorption de l'effet traumatique est intériorisée par l'adolescent. Les allers-retours entre cadre culturel interne et cadre culturel externe ne sont plus effectués par les parents ; c'est l'adolescent seul qui opère désormais ces trajets. Celui-ci s'appuie sur son cadre culturel interne pour poser du sens aux événements quotidiens « face à la permanente douleur du non-sens » (*ibid.*, p. 117). Le problème est que ces adolescents ont été privés étant petits de ces relais parentaux permettant le tissage de lien entre ces deux cadres ; ils sont alors comme « condamnés à une rencontre traumatique — c'est-à-dire immédiate — avec le monde (...). De là, leur propension à développer des pathologies centrées autour de la notion de "première fois", des pathologies de reconstruction de l'objet primaire : pathologie traumatique, toxicomanies, perversions, bouffées délirantes... » (*ibid.*).

Tout se passe comme si l'enfant se structurait sur une logique traumatique ; la recherche inhérente de la répétition du trauma et « une appétence pour les agents métamorphosiques » en sont les conséquences (*ibid.*, p. 112). À ce sujet, François Marty attire notre attention sur l'incapacité d'halluciner l'objet chez l'adolescent dépendant au cannabis (2004, p. 27-40). Pour lui, c'est ici que se centre la question de la dépendance. C'est son aptitude à créer que l'adolescent tente de restaurer en rendant possible, par l'intermédiaire du joint, une rêverie. Tout se passe « comme si l'adolescent était dépendant de ces retrouvailles avec la capacité créatrice que lui offre parfois le cannabis » (*ibid.*, p. 34). Cette impossibilité d'halluciner s'ancre dans les relations précoces et laisse à penser que quelque chose dans ces interactions a entravé dès la petite enfance la possibilité de garder en mémoire des traces de plaisir (de satisfactions pulsionnelles) et d'halluciner librement. Les résultats de notre recherche ont pointé la question des effets psychiques du trauma parental. Tous les adolescents de notre recherche n'ont pas, ou peu, reçu d'histoires parentales. Or la moitié d'entre eux n'a connaissance que de

récits traumatiques. Ici l'addiction au cannabis vient contenir l'élaboration de l'adolescent confronté au trauma familial. Les effets du cannabis étayent la construction d'un récit par l'adolescent tout en consolidant chez lui le clivage qu'il s'est construit afin de se protéger de l'impact traumatique.

La dépendance est une quête de filiation de l'adolescent de migrants

D'après les observations cliniques de Lila Hoijman, le fonctionnement psychique des jeunes toxicomanes de deuxième génération peut acquérir une signification nouvelle si on l'éclaire à la lumière de l'histoire migratoire de ses propres parents. Le bouleversement psychique qu'entraîne la migration provoque des difficultés d'élaboration chez le parent migrant, parfois même empêche le travail de deuil du pays laissé derrière lui, le risque est alors grand. « Des deuils pathologiques restés enkystés sont alors transmis aux enfants. Le déni de la migration et de ses effets permet un apparent *statu quo* émotionnel mais engendre une impossibilité tant "d'un retour en arrière" en vue d'analyse que d'une "propulsion créative vers l'avant" » (Hoijman, 1994, p. 160). Tel un secret familial conservé par les parents migrants, l'adolescent ne sait presque rien de l'histoire familiale et migratoire de ses parents. Des zones d'ombre persistent sans qu'il puisse y mettre du sens. L'enfant, parce qu'il est « porteur du voyage non élaboré des parents », peut être ressenti comme profondément étranger à leurs yeux. Les parents éprouvent une impossibilité à se structurer autour d'une pensée qui engloberait soi et la famille construite ici, mais aussi toutes les générations d'ancêtres. À cet enfant différent, n'est transmise que la faille en elle-même. La toxicomanie s'inscrit alors comme une tentative de résolution de ces contradictions dans leur filiation. La question de l'identité, centrale à l'adolescence, devient ici un problème, une énigme à résoudre. Tous les adolescents de notre recherche ne connaissent pas, ou très peu, l'histoire de leurs parents avant la migration. Ils n'ont pas reçu de récit sur la trajectoire migratoire parentale. C'est le vide qui envahit leur discours à ce sujet. Soit l'adolescent ne pose pas de questions au parent, car il craint souvent de le blesser en l'amenant à évoquer une histoire qu'il pressent comme douloureuse, soit il s'empêche de poser la moindre question tant le vide des réponses parentales est angoissant. Dans certaines familles il existe un interdit tacite à évoquer ces sujets. Cette impossibilité à « parler du pays » rejoint ce que Hoijman décrit comme un « impossible deuil parental ». Cependant, même s'il n'est pas exclu que quelque chose d'un deuil non élaboré par les parents soit transmis aux enfants, il nous semble restrictif de réduire la transmission parentale à la seule faille issue de ce processus. Même s'ils s'opposent aux transmissions parentales, les adolescents de notre recherche perçoivent ces transmissions. C'est le sens des contenus de ces transmissions qui fait défaut et perturbe leur compréhension par l'adolescent. De

plus, le clivage des représentations entre les différentes influences que reçoit l'adolescent prédomine et perturbe une transmission fluide de ce que les parents désirent transmettre à leur enfant. La construction d'une identité métissée devient alors source de conflits intenses.

Vivre sa propre vie, se construire sa propre identité implique une brisure, un déchirement source d'angoisse et d'une forte culpabilité pour la majorité des adolescents de notre recherche. Ils sont souvent confrontés à une injonction de loyauté vis-à-vis des origines parentales. Cela rejoint l'idée exprimée par certains selon laquelle la quête identitaire de l'adolescent migrant est d'autant plus compliquée que celui-ci est souvent soumis à une *double injonction contradictoire* des parents, qui déclarent et veulent consciemment que leur enfant prenne son envol dans le pays d'accueil tout en laissant apparaître malgré eux des réticences, parfois même une certaine nostalgie, de voir grandir leur enfant dans leur pays d'origine (Becker et coll., 1994). Les adolescents de notre recherche se sentent comme pris en étau entre deux choix de vie. Ce choix peut alors devenir insupportable. Cette observation se rapproche de l'idée qu'une relation de dépendance serait ressentie comme plus sécurisante pour l'adolescent qu'une quête d'autonomie qui risquerait de rompre l'homéostasie d'un système familial « où sujet et objet sont liés, comme on dit "pieds et poings liés" » (Marty, 2004, p. 38). La dépendance signifie alors solidarité mais dans un seul sens puisqu'elle répond à une logique sacrificielle. Situation qui n'est pas sans rappeler le concept des loyautés invisibles (au sens de Boszormenyi-Nagi).

Le processus toxicomaniaque de l'adolescent de migrants que décrit justement Hoijman comme le signe de la tentative de résolution d'une inscription dans une filiation peut être compris plus finement au regard du processus de dépendance plus spécifique au cannabis. La réalité des effets psychiques repérée chez les adolescents dépendants de notre recherche est en effet une variable primordiale dans la compréhension de ce qui lie l'adolescent de parents migrants au cannabis. Parce que le cannabis est moteur d'un processus d'élaboration, notre recherche montre qu'il aide tous les adolescents étudiés à construire des attaches entre des univers qui les habitent et qui s'opposent. Elle conforte une approche considérant que fumer du cannabis stimule une activité de rêverie qui, si elle fait défaut en temps « normal », devient la seule alternative à l'accès au sens, à l'établissement de stratégies de métissage, et par-là même à « une certaine continuité dans un monde où précisément la discontinuité fait rage » (*op. cit.*, p. 35). Tel un objet transitionnel, le « joint » est une tentative de combler le vide et faire du lien dans cet « entre-deux ». Nos résultats montrent bien que le joint calme et soigne cette souffrance interne. Il anesthésie ses sensations et protège l'adolescent, pour un temps, de l'angoisse qui le guette. Celui-ci a alors l'impression de maîtrise parce qu'il peut mettre à distance cette quête identitaire et retarder ainsi son émergence.

Y a-t-il une problématique commune entre ces adolescents de parents migrants dépendants au cannabis et les adolescents qui expriment leur mal-être par une tentative de suicide ?

Construction identitaire et tentative de suicide chez l'adolescente de parents maghrébins

Il semblerait que les adolescents de parents migrants aient plus souvent recours au passage à l'acte suicidaire. Les recherches portant sur les tentatives de suicide, menées en Europe occidentale (Bhugra et coll., 1999 ; Thompson et Bhugra, 2000) et aux États-Unis (Gutierrez et coll., 2001) révèlent des taux de tentatives de suicide plus élevés dans la population d'adolescents de parents migrants que dans la population d'adolescents de parents non migrants. De façon similaire, plusieurs études menées en France par Marie Choquet et ses collaborateurs (Choquet et Ledoux, 1994 ; 1998) montrent que les idées suicidaires et les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les Françaises d'origine étrangère. S'agissant plus particulièrement du groupe des jeunes d'origine maghrébine, des recherches révèlent des taux de tentatives de suicide plus élevés que dans le groupe d'adolescents de parents non migrants (Belmedjoub et coll., 1994 ; Davidson et Choquet, 1982 ; Douillard, 2003). Ce sont principalement les filles d'origine maghrébine qui sont concernées (Choquet, 2004 ; Lacoste-Dujardin, 1995 ; Philippe et Verron, 1988).

Recherche sur les tentatives de suicides chez les adolescentes d'origine maghrébine

En s'inscrivant dans la continuité de ces recherches, nous nous sommes intéressés aux tentatives de suicide des jeunes d'origine maghrébine, dans le cadre d'une recherche rétrospective et exploratoire menée au service des urgences de l'hôpital Avicenne (Skandrani et coll., 2008). Nous avons comparé les tentatives de suicide des jeunes d'origine maghrébine à celles des jeunes d'origine non migrante, à l'aide de différentes variables telles que le mode de tentative de suicide (phlébotomie, prise de médicaments, etc.), l'événement déclenchant, la présence d'idéation suicidaire ou le devenir des patients après le passage aux urgences.

Les résultats de cette étude montrent qu'il n'y a pas de différences entre les tentatives de suicide des jeunes d'origine maghrébine et celles des jeunes d'origine non migrante concernant leur déroulement, leur contexte psychopathologique, leur fréquence ou encore les idéations suicidaires. Si l'on peut parler de spécificité des tentatives de suicide des jeunes d'origine maghrébine, celle-ci concerne exclusivement leur évènement déclenchant et leur devenir. Dans cette population, les passages à l'acte suicidaire s'inscrivent plus fréquemment dans un contexte de conflits familiaux. On peut

supposer que les tentatives de suicide des jeunes d'origine maghrébine seraient plutôt réactives à des conflits intergénérationnels. Par ailleurs, les suicidants d'origine maghrébine sont moins souvent hospitalisés, librement ou sous contrainte, après leur passage aux urgences.

Cette étude ne nous permet pas de faire des déclarations concernant la fréquence des conflits intergénérationnels dans les familles migrantes et non migrantes. La question soulevée est plutôt la suivante : pourquoi ces conflits intergénérationnels sont-ils plus souvent à l'origine de passages à l'acte dans les familles d'origine maghrébine ? Les conflits intergénérationnels sont éventuellement vécus de manière différente par les familles maghrébines et les familles non migrantes. Les conflits seraient perçus par ces dernières comme faisant partie du processus développemental « classique », tandis que les familles d'origine maghrébine s'en trouveraient plus déstabilisées[6].

Relations intergénérationnelles et tentatives de suicide en contexte transculturel

La perspective transnationale, qui s'inscrit dans le même courant de pensée que la théorie du self dialogique, considère qu'en situation migratoire, la parentalité et l'éducation s'organisent autour de l'identité et de l'interprétation par les parents du fait d'être un migrant en pays d'accueil (Deepak, 2005) — par exemple d'être un Maghrébin en France. Cette interprétation influence les attentes parentales concernant les sorties, les mariages et la sexualité (Dasgupta et Das Dasgupta, 1998 ; Das Gupta, 1997). L'éducation des enfants peut alors s'organiser autour des principes d'une représentation d'une culture authentique d'origine. Il est cependant important de souligner qu'il ne s'agit pas d'une culture préservée, mais de ce qui est construit comme préservé (Das Gupta, 1997), finalement de la réinvention d'une culture anhistorique, homogène et statique (Bhatia et Ram, 2001b). Celle-ci réorganise les différences et les légitime comme culture ethnique dans la communauté de migrants (Das Gupta, 1997). Les attentes parentales peuvent subséquemment diverger de celles de la société d'accueil. Les parents attendent de leurs enfants que ceux-ci se conforment aux valeurs culturelles et styles de vie qu'ils tentent de leur transmettre. Leurs enfants sont cependant également confrontés aux attentes et valeurs de la culture d'accueil. Une adhérence plus forte et plus rigide aux valeurs de la culture d'origine de la part des parents peut également être la marque de leur peur de perdre leurs enfants et du sentiment d'étrangeté à leur égard (Chung, 2001). Ces attentes divergentes peuvent mener à des conflits intergénérationnels.

6 Il faut souligner ici que nous avons parfaitement conscience que les passages à l'acte suicidaire représentent des comportements multidéterminés, intrapsychiques et intersubjectifs. Nous tentons simplement de comprendre leur relation avec les conflits intergénérationnels et aucunement de postuler une relation linéaire entre ces deux variables.

Les tentatives de suicide des jeunes d'origine maghrébine s'inscriraient dans un tel contexte de disharmonie familiale, de conflits intergénérationnels, vécus de manière douloureuse par les membres des familles. Ainsi les passages à l'acte suicidaire des jeunes d'origine maghrébine relèveraient plutôt de gestes impulsifs. On pourrait leur supposer une fonction de fuite. Ils représenteraient une stratégie pour échapper à une situation familiale vécue par les jeunes comme insoutenable et insurmontable. Ils leur permettraient de réduire les fortes tensions anxieuses qui y sont associées.

Les résultats de notre étude exploratoire concernant la relation entre conflits intergénérationnels et tentative de suicide sont étayés par les résultats d'autres études menées en Europe occidentale et aux États-Unis. En Grande-Bretagne, Bhugra et coll. (1999) ont pu mettre en évidence que les conflits intergénérationnels et le stress lié à l'acculturation représentent des facteurs contribuant aux tentatives de suicide des adolescents. Dans une revue de la littérature concernant les tentatives de suicide et suicides accomplis auprès de la population originaire d'Inde en Grande-Bretagne, Thompson et Bhugra (2000) observent que les conflits culturels auxquels sont confrontées les jeunes filles représentent la cause la plus citée de leurs tentatives de suicide. Ces conflits culturels portent sur les questions du rôle de la femme et des mariages arrangés et peuvent mener à des conflits interpersonnels. Lau et coll. (2001) ont conduit une recherche auprès d'adolescents américains d'origine asiatique afin d'identifier les facteurs liés aux tentatives de suicide dans cette population. Il s'avéra que les variables « âge » et « conflits » entre parents et enfants peuvent le mieux prédire les tentatives de suicide. Les résultats d'une recherche menée par Queralt (1993) auprès d'adolescents originaires d'Amérique latine montrent que les adolescents suicidants (presque exclusivement des filles) se différencient des adolescents non suicidants par la fréquence des conflits qu'ils vivent dans les relations avec leurs parents. Ceux-ci insistent pour que les filles endossent des rôles sexués plus traditionnels, alors qu'elles souhaitent endosser des rôles sexués plus conformes à ceux de la société d'accueil.

En France, Philippe et Verron (1988) postulent que les tentatives de suicide des jeunes de parents migrants se situent moins dans un contexte de psychopathologie individuelle ou familiale. Selon les auteurs, les jeunes, et plus particulièrement les femmes, se trouvent à un point de rupture entre les valeurs de la société d'origine représentées par les parents et celles de la société d'accueil dans laquelle ils ont été scolarisés ; conflits d'autorité, remise en cause du statut de la femme sont les expressions principales de ces différences. Ces tentatives de suicide traduiraient alors, plus que chez les non-migrants, des conflits intergénérationnels. Dans une étude menée auprès d'une population de jeunes filles d'origine maghrébine, Lacoste-Dujardin (1995) voit les tentatives de suicide comme une expression de rupture, due aux difficultés qu'elles rencontrent. Ces ruptures témoignent

de l'impossibilité de dépasser ou de gérer les conflits entre les représentations culturelles des parents et celles de la société française. Les raisons de l'acte suicidaire avancées par les filles sont majoritairement d'ordre familial, portant sur des contraintes ou des interdictions. Cette relation entre conflits intergénérationnels et tentatives de suicide chez les adolescents, et plus particulièrement les adolescentes d'origine maghrébine, a pu être étayée par une série d'autres études (Belmedjoub et coll., 1994 ; Davidson et Choquet, 1982 ; Ebtinger et Benadiba, 1982 ; Moussaoui et Sayeh, 1982 ; Scotto et coll., 1990 ; Sutter et Scotto, 1984).

Tentatives de suicide, relations intergénérationnelles et construction identitaire, relations possibles ?

Ces relations et conflits intergénérationnels que vivent les enfants de migrants pourraient être replacés dans le contexte de la construction identitaire. Falicov (2005) postule en effet qu'il existe une interdépendance entre relations intergénérationnelles et formation identitaire. Les deux aspects interagissent et s'influencent mutuellement. La construction idéalisée ou dénigrée des parents de leur pays et culture d'origine influence la construction identitaire, ou dans les termes de la théorie du self dialogique, l'organisation du *self* de leurs enfants. Cette transmission parentale s'effectue par le biais d'histoires et souvenirs racontés, de pratiques culturelles et transnationales. L'identité des enfants, les relations dialogiques entre les voix de leur *self*, influencent à leur tour leurs relations avec leurs parents, menant à une harmonie familiale ou au contraire à des conflits intergénérationnels.

En raison de leurs liens avec les relations intergénérationnelles, on pourrait se poser la question des relations entre construction identitaire et tentatives de suicide chez les jeunes suicidants d'origine maghrébine. Les tentatives de suicide des jeunes d'origine maghrébine pourraient être comprises comme le signe de leur incapacité à mener des négociations entre les différentes *voix* du *self*, plus précisément à dépasser les conflits entre *voix* culturelles contradictoires. Ceci peut être à l'origine de dysfonctionnements et de blocages dans le processus de construction identitaire pouvant mener à un état anxieux (Roland, 2001). C'est dans ce contexte qu'aurait lieu la tentative de suicide. Cet envahissement anxieux traduirait la vulnérabilité psychique et identitaire de l'adolescent (Marcelli et Braconnier, 2004). Cette anxiété serait d'autant plus difficile à supporter pour les jeunes insuffisamment étayés par leurs parents et leur groupe de pairs.

Des conflits pourraient émerger au sein du *self* entre les *voix* plus anciennes des parents, des membres de la famille, internalisées durant l'enfance, et les *voix* plus récemment internalisées, celles de la société d'accueil, des pairs, des idoles, des professeurs par exemple. À l'adolescence, ces *voix* des

parents, de la culture d'origine, incorporées dans des strates plus profondes du *self* (Roland, 2001), pourraient ne pas être acceptées comme faisant partie de leur *self* ; elles pourraient même être ressenties comme menaçantes pour le *self*. En ayant recours à des défenses psychologiques (au déni par exemple), ces *voix* seraient écartées du *self* et les interactions dialogiques avec elles empêchées. Un *self* hautement centralisé autour d'une position dominante se développerait alors (Hermans, 1999 ; 2003). Ceci correspondrait au processus d'*expropriation*. Un tel cas de figure traduirait les difficultés identificatoires des jeunes d'origine maghrébine. Les possibilités identificatoires féminines se trouvent en effet fréquemment invalidées par une condition féminine arabomusulmane dévalorisée aux yeux de la société d'accueil. Les possibilités identificatoires masculines sont également rendues difficiles par une image sociale du père souvent défaillante en raison de sa condition socioéconomique ainsi que de son statut d'immigré maghrébin et de musulman (Lacoste-Dujardin, 1995). Ce dysfonctionnement du processus de construction identitaire pourrait par ailleurs être replacé dans un certain contexte historique et social dans lequel vivent les jeunes d'origine maghrébine en France. Celui-ci est caractérisé par un passé colonial, par des relations de force asymétriques (entre le « Nord » et le « Sud »), par la discrimination et le processus de « othering », etc.

Ces hypothèses pourraient faire l'objet de futures recherches. En effet, les études qui se sont intéressées à cette question sont à ce jour rares (Belmedjoub et coll., 1994 ; Philippe et Verron, 1988).

Conclusion

Quel que soit le courant théorique dans lequel nous nous situons, la construction identitaire des adolescents de parents migrants est un véritable processus complexe et riche qui s'enracine dans un univers aux multiples influences. Cependant, cette complexité peut être vécue avec difficultés par certains de ces adolescents fils de migrants, et parfois même être source de souffrance ; celle-ci peut avoir de multiples facettes comme la dépendance au cannabis ou les tentatives de suicide. Ainsi, il nous semble important de prendre en compte cette spécificité dans le soin clinique auprès de ces adolescents par l'aménagement d'un cadre thérapeutique transculturel. Une des stratégies psychothérapeutiques possibles serait alors d'étayer l'élaboration d'une identité métissée par les différents mondes dans lesquels ils grandissent…

Bibliographie

Bakhtin MM. Problems of Dostoevsky's poetics. Ann Arbor (MI) : Ardis ; 1929.
Becker D, Handman ME, Iturra R. Échec scolaire ou école en échec ? Têtes dures, têtes vides : l'échec scolaire des portugais en France. Paris : L'Harmattan ; 1994.

Belmedjoub L, Duval E, Mazet P. Les tentatives de suicide chez les jeunes Maghrébins. In : Jeammet P, Birot E. Étude psychopathologique des tentatives de suicide. Paris : PUF ; 1994. p. 205–22.

Bhatia S, Ram A. Culture, hybridity and the dialogical self : cases from the South Asian diaspora. Mind, Culture, and Activity 2004 ; 3 : 224–40.

Bhatia S, Ram A. Rethinking « acculturation » in relation to diasporic cultures and postcolonial identities. Human Development 2001a ; 44 : 1–17.

Bhatia S, Ram A. Locating the dialogical self in the age of transnational migrations, border crossings and diasporas. Culture Psychology 2001b ; 7 : 297–309.

Bhugra D, Desaim M, Baldwin D. Attempted suicide in West London : inception rates. Psychological Medicine 1999 ; 29 : 1125–30.

Bouche-Florin L, François C, Ferradji T. Enfumer ses racines en quête de liens et de sens. Le Journal des Psychologues 2005 ; 228 : 51–4.

Bouche-Florin L, Skandrani SM, Moro MR. La Construction identitaire chez l'adolescent de parents migrants. Analyse croisée du processus identitaire. Santé mentale au Québec 2007 ; XXXII (1) : 213–27.

Choquet M. Panorama du suicide. In : Braconnier A, Chiland C, Choquet M. Idées de vie, idées de mort. Paris : Masson ; 2004. p. 71–83.

Choquet M, Ledoux S. Adolescents, enquête nationale. Paris : Inserm ; 1994.

Choquet M, Ledoux S. Attentes et comportements des adolescents. Paris : Inserm ; 1998.

Chung RHG. Gender, ethnicity, and acculturation in intergenerational conflict of Asian American college students. Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology 2001 ; 7 : 376–436.

Das Gupta M. What is Indian about you ? A gendered, transnational approach to ethnicity. Gender and Society 1997 ; 11 : 572–95.

DasGupta S, Das DasGupta S. Sex, lies, and women's lives. In : Das DasGupta S. A patchwork Shawl : chronicles of South Asian women in America. New Brunswick : Rutgers University Press ; 1998. p. 121–7.

Davidson F, Choquet M. Le suicide de l'adolescent. Étude épidémiologique. Paris : ESF ; 1982.

Deepak AC. Parenting and the process of migration : possibilities within South Asian families. Child Welfare 2005 ; 84 : 585–606.

Devereux G. Ethnopsychanalyse complémentariste. Paris : Flammarion ; 1985.

Douillard JL. Les passages à l'acte suicidaire des jeunes issus de l'immigration maghrébine. Le Journal des Psychologues 2003 ; 212 : 31–4.

Ebtinger R, Benadiba M. La relation au père et ses incidences psychopathologiques chez les enfants de transplantés maghrébins en France. Annales Médico-Psychologiques 1982 ; 140 : 609–16.

Falicov CJ. Emotional transnationalism and family identities. Family Process 2005 ; 44 : 399–406.

Gibello B. Contenants de pensée, contenants culturels. La dimension créative de l'échec scolaire. In : Yahyaoui A. Troubles du langage et de la filiation chez le Maghrébin de la deuxième génération. Grenoble : La Pensée Sauvage ; 1988. p. 140–52.

Gutierrez PM, Rodriguez PJ, Garcia P. Suicide risk factors for young adults : testing a model across ethnicities. Death Studies 2001 ; 25 : 319–40.

Hermans HJM. Mixing and moving cultures require a dialogical self. Human Development 2001a ; 44 : 24–8.

Hermans HJM. The dialogical self : Toward a theory of personal and cultural. Positioning, Culture & Psychology 2001b ; 7 : 243–81.
Hermans HJM. Self-narratives as meaning construction : the dynamics of self-investigation. Journal of Clinical Psychology 1999 ; 55 : 1193–211.
Hermans HJM. The construction and reconstruction of a dialogical self. Journal of Constructivist Psychology 2003 ; 16 : 89–130.
Hermans HJM, Kempen HJG. Moving cultures : the perilous problems of cultural dichotomies in a globalizing society. American Psychologist 1998 ; 53 : 1111–20.
Hoijman L. Une première fois, et encore une autre… Une prise en charge spécifique pour les jeunes toxicomanes, migrants de seconde génération. Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie 1994 ; 24 : 159–76.
James W. The Principles of Psychology. London : Macmillan ; 1890.
Lacoste-Dujardin S. Les jeunes filles issues de l'immigration maghrébine : une problématique spécifique (Rapport pour le CNRS, le FAS, la MIRE). Paris : CNRS ; 1995.
Lau AS, Jernewall NM, Nolan Z, Myers HF. Correlates of suicidal behaviors among Asian American outpatient youths. Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology 2001 ; 8 : 199–213.
Marcelli D, Braconnier A. Adolescence et psychopathologie. Paris : Masson, Coll. « Les âges de la vie » ; 2004.
Marty F. La dépendance, pour le meilleur et pour le pire. In : Huerre P, Marty F. Cannabis et adolescence. Les liaisons dangereuses. Paris : Albin Michel ; 2004. p. 27–40.
Moro MR. Recherche de traumatismes chez les adolescents de la « deuxième génération ». Analyse ethnopsychiatrique. In : Yahyaoui A. Corps, espace-temps et traces de l'exil : incidences cliniques. Grenoble : La Pensée Sauvage ; 1991. p. 111–22.
Moro MR. Parents en exil. Psychopathologie et migrations. Paris : PUF, coll. « Le Fil rouge » ; 1994.
Moro MR. Psychopathologie transculturelle des enfants de migrants. Paris : Dunod ; 1998 1998. [2e édition 2000 sous le titre Psychothérapie transculturelle des enfants et des adolescents].
Moro MR. Parents-enfants en situation migratoire : une nouvelle clinique des métissages. In : Baubet T, Moro MR. Psychiatrie et migrations. Paris : Masson ; 2003. p. 155–78.
Moro MR, De La Noë Q, Mouchenik Y. Manuel de psychiatrie transculturelle. Grenoble : La Pensée Sauvage ; 2004.
Moussaoui D, Sayeh A. Les enfants de migrants ou l'impossible identité. Annales Médico-Psychologiques 1982 ; 140 : 588–92.
Nathan T. Migration et rupture de la filiation. In : Yahyaoui A. Troubles du langage et de la filiation chez le Maghrébin de la deuxième génération. Grenoble : La Pensée Sauvage ; 1988. p. 7–11.
Philippe A, Verron M. La pathologie suicidaire des migrants. Psychiatrie et Psychobiologie 1988 ; 3 : 115–23.
Queralt M. Psychosocial risk factors associated with suicide in a small community sample of Latino adolescent attempters. Social Work in Education 1993 ; 15 : 91–104.
Roland A. Another voice and position : psychoanalysis across civilizations. Culture & Psychology 2001 ; 7 : 311–21.

Scotto JC, Antoni M, Dravet A *et al*. Santé mentale et migration : aspects actuels. L'Information psychiatrique 1990 ; 10 : 999–1004.

Skandrani SM, Le Toumelin P, Taïeb O *et al*. Facteurs associés aux tentatives de suicide des adolescents d'origine maghrébine en France. Annales Médico-Psychologiques 2008 ; 166 (6) : 473–80.

Skandrani SM. Les multiples voix des jeunes filles d'origine maghrébine en France – Pratiques transnationales, relations intergénérationnelles et construction identitaire. Thèse de doctorat en psychologie. Villetaneuse ; Université Paris XIII, Université d'Heidelberg ; 2008.

Sutter J, Scotto JC. Problèmes psychopathologiques posés par les populations de migrants dans une agglomération urbaine. Annales Médico-Psychologiques 1984 ; 142 : 522–7.

Thompson N, Bhugra D. Rates of deliberate self-harm in Asians : findings and models. International Review of Psychiatry 2000 ; 12 : 37–43.

Yahyaoui A. Toxicomanie et pratiques sociales. Grenoble : La Pensée Sauvage ; 1992.

12 Adulte : des hommes et des femmes métisses

Thierry Baubet

Lorsqu'on cherche à se pencher sur les incidences de la dimension transculturelle sur la psychopathologie, plusieurs approches sont possibles. L'une consiste à interroger les particularités liées à certains groupes culturels. Ceci peut être effectué avec plus ou moins de bonheur, et fait toujours courir le risque de l'anecdotique, du stéréotype, du « folklore », bref de « l'exotisme ». Cette approche est plus facilement privilégiée par les chercheurs et cliniciens eux-mêmes issus de sociétés favorisant le multiculturalisme (Gaw, 1993). Cette démarche n'est pas cependant dénuée d'intérêt. Avoir des représentations de ce que peuvent être les conceptions du *self*, de l'identité, des liens familiaux, des systèmes religieux, dans des sociétés marquées par l'animisme, le confucianisme, l'islam, l'hindouisme, ne peut être qu'utile au clinicien. Toutefois, cela ne saurait suffire à penser, de manière générale, l'interaction du culturel, de l'intrapsychique et du social.

Nous envisagerons successivement ici plusieurs situations cliniques complexes, directement liées à la dimension transculturelle de la rencontre clinique plutôt qu'à des contextes culturels particuliers.

Les états délirants aigus

Le destin étonnant de la bouffée délirante aiguë

Les états délirants aigus posent de difficiles problèmes diagnostiques en situation transculturelle. Une fois éliminés les psychoses affectives et les états aigus marquant l'entrée dans une psychose chronique, il reste un nombre non négligeable d'états psychotiques aigus et transitoires. Une étude multicentrique de l'OMS (*Cross-cultural study of Acute Psychosis* [CAPS]) a permis d'évaluer leurs caractéristiques (Cooper et coll., 1990). De nombreux autres travaux sur le sujet ont été publiés depuis, et Kulhara et Chakrabarti (2001) les ont passés en revue. Leur fréquence apparaît élevée dans les pays non occidentaux, avec une prédominance féminine et rurale, la durée moyenne d'évolution est de 2 à 6 mois en l'absence de traitement avec un bon pronostic à court et long terme. Cette catégorie a été intégrée dans la CIM-10 (OMS, 1993) sous le terme de *Troubles psychotiques aigus et transitoires*

Tableau 12-I
Critères diagnostiques pour le trouble psychotique bref, selon la CIM-10 (OMS, 1994)

Troubles psychotiques aigus et transitoires (F23.xx)	
G1- Survenue aiguë d'idées délirantes, d'hallucinations, de discours incompréhensible ou incohérent, ou d'une combinaison quelconque de ces symptômes. L'intervalle de temps entre la première apparition de ces symptômes psychotiques et leur développement complet ne doit pas dépasser 2 semaines.	
G2- Si des états transitoires de perplexité, de désorientation ou d'altérations de l'attention sont présents, ils ne répondent pas aux critères d'obnubilation de la conscience d'étiologie organique.	
G3- Le trouble ne répond pas aux critères symptomatiques d'un épisode maniaque, dépressif, ou d'un trouble dépressif récurrent.	
G4- Absence d'élément en faveur d'une utilisation récente ou chronique de produits psycho-actifs.	
G5- Absence d'élément en faveur d'un trouble organique ou métabolique.	
Spécifier : 5e caractère du code : lien avec un facteur de stress	F23.x0 : sans facteur de stress aigu associé
	F23.x1 : avec facteur de stress aigu associé
Spécifier : 4e caractère du code : la forme clinique	F23.0x : Tr. Psychotique aigu polymorphe sans symptôme schizophrénique
	F23.1x : Tr. Psychotique aigu polymorphe sans symptôme schizophrénique
	F23.2x : Tr. Psychotique aigu polymorphe sans symptôme schizophrénique
	F23.3x : Tr. Psychotique aigu, essentiellement délirant
	F23.8x : Autres Tr. Psychotiques aigus et transitoires
	F23.9x : Tr. Psychotiques aigus et transitoires sans précision

(Tableau 12-I). Le manuel (*ibid.*, p. 90) précise différents points : les facteurs de stress seraient fréquents, les troubles s'installent en moins de deux semaines, ils guérissent totalement en moins de 3 mois, le pronostic n'est toutefois pas possible d'emblée sur les éléments cliniques. Dans le volume de la CIM-10 concernant les critères pour la recherche (OMS 1994), ceux-ci sont précisés.

Dans le DSM-III-R (*American Psychiatric Association*, 1987), le trouble figurait sous le terme de « Psychose réactionnelle brève », systématiquement associée à un facteur de stress. Dans le DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1994) figure une catégorie *Trouble psychotique bref* dont les critères

Tableau 12-II
Critères diagnostiques pour le trouble psychotique bref, selon le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994)

A- Présence d'un (ou plus) des symptômes suivants :
(1) idées délirantes
(2) hallucinations
(3) discours désorganisé (c'est-à-dire coq-à-l'âne fréquents ou incohérence)
(4) comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
NB : ne pas inclure un symptôme s'il s'agit d'une modalité de réaction culturellement admise.
B- Au cours d'un épisode, la perturbation persiste au moins un jour, mais moins d'un mois, avec retour complet au niveau de fonctionnement prémorbide.
C- La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques, un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, et n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance ou d'une affection médicale générale.
Spécifier : Présence ou absence de facteur(s) de stress marqué(s)

diagnostiques sont rappelés dans le Tableau 12-II. Ces derniers critères sont restés inchangés dans le DSM-IV-TR, version révisée en 2000 (*American Psychiatric Association*, 2000).

Ce concept de psychose aiguë transitoire rappelle bien sûr la description classique pour la psychiatrie française de la *bouffée délirante aiguë* (BDA) de Magnan. Il est d'ailleurs frappant de constater que ce terme figure en français dans le texte du DSM (*American Psychiatric Association*, 2000), non pas dans le corps du manuel, mais dans l'annexe consacrée aux syndromes liés à la culture, comme syndrome « typique » d'Haïti et d'Afrique de l'Ouest[1] ! Très tôt, Devereux avait pourtant souligné l'intérêt de ce concept, comme Ralph Linton le rappelle en 1956 : « Je me souviens que Devereux me répétait à quel point il était nécessaire de réactualiser le terme plus ou moins obsolète "d'état délirant transitoire" pour une description correcte des troubles mentaux dans les sociétés primitives » (cité par Collomb, 1965, p. 170).

Dans de nombreux pays, les psychiatres ont une grande habitude des tableaux délirants aigus de signification et d'évolution variables. On peut

1 « Syndrome observé en Afrique de l'Ouest et à Haïti. Ce terme français renvoie à une soudaine explosion d'agitation et de comportements agressifs, une confusion marquée, une excitation psychomotrice. Il peut parfois s'accompagner d'hallucinations auditives, visuelles, d'idéation paranoïde. Ces épisodes ressemblent à des épisodes de Trouble dépressif bref » (*ibid.*, p. 899–900).

citer les travaux considérables de Collomb sur la bouffée délirante aiguë au Sénégal (Collomb, 1965 ; Hanck et coll., 1976), ceux menés par Ifrah au Maroc et chez les migrants marocains en France (1980), ceux de Durand et Traore (1992) en Côte d'Ivoire. De nombreux cas ont été publiés (Martino et coll., 1965 ; Fajri et coll., 1996, etc.). Collomb a caractérisé la clinique de ces bouffées délirantes aiguës à partir de 125 cas vus à l'hôpital de Fann à Dakar (1965) :

(1) le début est brutal, souvent précédé d'un événement insolite ou traumatisant, d'un rêve, d'une vision de caractère inhabituel ou de signification inquiètante ;
(2) la personnalité antérieure est sans particularité ;
(3) l'expérience délirante possède une certaine familiarité pour l'individu comme pour le groupe ;
(4) la tonalité affective est variable mais généralement peu affectée (dépression dans 12 cas et manie dans 5) ;
(5) la vigilance est altérée ;
(6) le contenu est très souvent persécutif (90 fois) souvent associé à d'autres thèmes : grandeur, influence, possession, filiation, mort, culpabilité ;
(7) les hallucinations visuelles et verbales sont très fréquentes et souvent très difficiles à distinguer de rêves, de visions, de « vives représentations », les hallucinations cénesthésiques sont fréquentes ;
(8) hallucinations et délires sont mis en forme par des représentations traditionnelles : maraboutage, sorcellerie, possession ;
(9) la réaction de l'entourage est importante pour l'évolution ;
(10) la guérison est la règle (90 % des cas) et elle est rapidement obtenue (environ 2 mois).

Collomb, reprenant les travaux de Follin, soulignait que de tels accès concernaient « la couche superficielle de la personnalité, la façade pour autrui ; elles n'ébranlent pas la couche profonde, celle de la personne » (*ibid.*, p. 235). Collomb insistait sur la dimension « positive » de la bouffée délirante aiguë, qui constituait une défense face à l'angoisse, en même temps qu'une tentative de remaniement identitaire et qu'un appel au groupe. « Elle [la BDA] reste dialogue, dialogue voulu par le malade, reçu par le groupe. Le verbe anime la force pathologique comme une surabondance de signifiant. Nous sommes loin du schizophrène, fermé sur lui-même, refusant les autres, renvoyé à sa propre grimace dans une existence que le verbe a désertée ou n'a pu animer » (*ibid.*, p. 234). Selon Collomb (*ibid.*, p. 236), il est toujours possible de percevoir ou non une part de fonctionnement autistique, qui vient marquer la présence ou l'absence d'un processus schizophrénique. Nous serons plus prudents sur ce point, ainsi que sur l'hypothèse faite par Collomb dans une optique culturaliste d'une sorte de « personnalité de base » chez l'Africain, à l'origine de la fréquence de telles manifestations.

Cependant, ce que Collomb soulignait déjà dans cet article, c'est la gravité de la BDA chez le sujet migrant, privé des systèmes de sens, de compréhension, et de soins offerts par l'environnement d'origine. Ifrah (1980) a souligné la complexité et la multiplicité de sens possibles au cours de ce type de crise, et a insisté sur la rareté relative de l'évolution paranoïde. La BDA vient signer un désordre pour la famille qui va d'emblée commencer à lui chercher une origine et un sens en s'appuyant, entre autres choses, sur des éléments culturels. La BDA n'appelle pas nécessairement la mise en route de soins médicaux, les premières attitudes de recherche d'aide se font à l'intérieur de la famille élargie, auprès de divers détenteurs de savoirs, et c'est souvent dans un second temps, ou lorsque les différentes mesures ont été inefficaces, que des soins psychiatriques sont demandés. Dans la migration, les possibilités de sens offertes habituellement par l'entourage disparaissent en partie, et les urgences hospitalières deviennent fréquemment le premier — et le seul — lieu de soin.

Les étapes du diagnostic de délire aigu en situation transculturelle

Pour l'évaluation d'un état d'allure délirante en situation transculturelle, il est nécessaire de se poser successivement deux questions : s'agit-il bien d'un délire, et quelle peut être sa signification ?

À partir de quel moment peut-on parler de délire, et non de croyance ? Les psychiatres considèrent généralement à la suite d'Henri Ey que le délire est « la croyance irréductible et inébranlable à une conception fausse de la réalité ». En situation transculturelle, on est rapidement confronté aux limites d'une telle définition : la réalité est une notion finalement très subjective… Preuve en est la manière dont les psychiatres coloniaux ont initialement considéré tout énoncé faisant référence au surnaturel comme délirant. Ainsi, la croyance dans des êtres surnaturels (anges, *jnouns*, *rabs*) ou dans des procédés techniques à l'origine de troubles et de malheurs (sorcellerie, maraboutage, envoûtement) peut difficilement être taxée de délire *a priori*. Nathan (1986, p. 87) a avancé que le délire était « une croyance plus vraie, plus réelle, plus subjective, que la croyance commune ».

En ce qui concerne les hallucinations, la culture exerce également une grande influence, que ce soit sur leur forme (visuelle, auditive, etc.), sur leur contenu (esprits, démons, etc.) ou sur la distinction entre phénomènes normaux et pathologiques (Jenkins, 1998). Une étude récente réalisée au Royaume-Uni en population générale auprès de sujets caucasiens et de sujets issus de minorités ethniques a montré que des expériences hallucinatoires étaient rapportées par 4 % des sujets caucasiens, 9,8 % des sujets originaires des Caraïbes et 2,3 % des sujets asiatiques (Johns et coll., 2002). Cependant, après passation d'un entretien standardisé (*Present State*

Examination), seuls 25 % des patients ayant expérimenté des hallucinations présentaient un trouble psychotique, avec une grande variabilité interethnique puisque 50 % des patients caucasiens présentaient un trouble psychotique, contre seulement 20 % chez les patients originaires des Caraïbes ou d'Asie. Selon les auteurs de cette étude, les hallucinations, loin d'être la marque d'un processus pathologique, pourraient se distribuer selon un continuum entre l'expérience normale et la pathologie. Si la psychiatrie et la psychologie estiment généralement que l'hallucination présente une différence de nature avec des expériences comme les visions, les rêves, les états dissociatifs, il n'en va pas de même dans beaucoup d'autres contextes, où l'ensemble de ces phénomènes peut être rattaché à une même cause, par exemple un état de possession. Il est également fréquent que des sujets évoquent des phénomènes de vision, de rêve, comme des éléments de la réalité et non pas « comme si » cela s'était passé, ce qui peut être relié à des manières différentes de concevoir la réalité (Al-Issa, 1995) et entraîner un excès de diagnostic de psychose. Le terme même de persécution recouvre ainsi des réalités différentes. Pour Nathan (1986), les idées de possession ou d'envoûtement ne signifient pas nécessairement l'extériorité des causes. Ceci vient d'une « confusion entre le dehors et le dedans ». Le fait de se dire envoûté par une personne signifie pour la psychiatrie occidentale que le sujet lui attribue les sentiments qu'il lui porte. Pour un sujet africain, le même énoncé concerne en fait « l'intériorité… cette personne est en moi, je suis plein de la pensée que j'ai pour elle » (*ibid*.).

Les phénomènes de transe ou de possession peuvent facilement être confondus avec un état délirant (McCormick et Goff, 1992 ; Pereira et coll., 1995). Ces manifestations, comme plus généralement l'ensemble des syndromes liés à la culture, peuvent pourtant correspondre à différentes situations qui vont de situations non pathologiques à des troubles psychiatriques graves. En effet, des situations de détresse par exemple réactionnelles à un événement de vie, des troubles affectifs, névrotiques peuvent s'extérioriser d'une manière culturellement codée, par exemple un tableau de possession. Ce n'est donc pas à partir des signes témoignant de la possession que l'on pourra poser un diagnostic psychiatrique. Pour autant, un authentique délire peut également emprunter à ce modèle. Il n'est donc pas possible de dresser des équivalences entre des tableaux de syndromes liés à la culture et des diagnostics psychiatriques.

Le diagnostic de délire établi, il faut garder à l'esprit que sa signification n'est pas univoque. Le diagnostic de bouffée délirante aiguë garde ici tout son intérêt dans la mesure où il ne présage ni de la signification ni du pronostic de tels épisodes. Les épisodes psychotiques brefs et de bon pronostic sont fréquents en situation transculturelle, et ils peuvent correspondre chez les migrants ou leurs enfants à une tentative de réaménagement identitaire, lorsque le sentiment de continuité de soi a été mis à mal par la migration.

Il est intéressant en clinique de toujours considérer le potentiel dynamique et structurant de telles crises, et de ne pas assigner à ces patients un diagnostic de psychose dès le premier épisode. Sans doute convient-il, comme le soulignaient déjà Ortigues et Ortigues (1966) au cours de leur expérience africaine, de rechercher de nouvelles frontières au délire en situation transculturelle.

Diagnostic de dépression

En situation transculturelle, la reconnaissance du diagnostic de dépression ne va pas de soi. Rappelons que durant la période coloniale, on estimait généralement que la dépression était très rare en Afrique. Les psychiatres européens cherchaient en fait à mettre en évidence la tristesse de l'humeur et les sentiments de culpabilité et d'indignité, considérés alors comme les éléments essentiels de la dépression, et ils ne les trouvèrent pas, ce qui conduisit à des théorisations évolutionnistes sans fondement. « Elles *[ces théories]* partent de l'idée que le psychisme dépend de la culture et s'édifient en ignorant précisément cette culture » (Diop, 1967, p. 192). Ovuga (1986) a souligné, à partir de son expérience clinique au Kenya, les formes cliniques très différentes que la dépression pouvait prendre en Afrique subsaharienne, et a souligné que la tristesse de l'humeur n'en était ni le phénomène primaire, ni un symptôme constant, ce que Ahyi et coll. ont aussi établi au Bénin. Le travail de Hanck et coll. (1976) au Sénégal et au Zaïre mérite également d'être rappelé. Ces auteurs, reprenant à leur compte le concept de dépression masquée développé dans les années soixante-dix, ont proposé l'existence d'un « masque noir de la dépression » constitué de manifestations psychotiques aiguës associées à des plaintes somatiques. Ils rapportent dans ce travail dix histoires cliniques de patients présentant des bouffées délirantes aiguës dont la symptomatologie a régressé avec un traitement par antidépresseur tricyclique prescrit en monothérapie.

La question des thèmes du délire dans la dépression est particulièrement problématique. Louiz et coll. (1999) ont examiné 73 dossiers de patients consécutifs hospitalisés à Sousse (Tunisie) pour un épisode dépressif majeur avec caractéristiques psychotiques selon les critères du DSM-IV. Le délire de persécution représente la thématique la plus fréquente (48 %), suivi par les idées délirantes de culpabilité (31 %), le délire est polymorphe dans 15 % des cas et des hallucinations (le plus souvent auditives) sont présentes chez 32 % des patients. Les auteurs soulignent l'évolutivité de ces données depuis une trentaine d'années : la fréquence des thèmes de persécution tend à diminuer progressivement tandis que celle des thèmes de culpabilité augmente. Marsella (1980) a également fait l'hypothèse d'une variation de la symptomatologie de la dépression selon les sociétés en fonction de leur « degré d'occidentalisation ». La fréquence des idées persécutives en

Afrique a été comprise comme témoignant de particularités d'un hypothétique psychisme africain, que ce soit en termes évolutionnistes pour des auteurs comme Carothers (1953), ou psychanalytiques dans une perspective culturaliste (Hazera, 1981). Selon Diop et coll. (1964) : « La persécution colore toute la psychiatrie africaine. Vécue sur un mode délirant, interprétatif, ou culturel, elle est explication à tout ce qui trouble l'ordre, désorganise les relations, atteint l'individu dans son être physique, mental, ou spirituel. Elle est éprouvée par l'individu malade, proposée par sa famille ou son entourage, mise en forme par le guérisseur ou le "marabout". Les thèmes de persécution fréquemment supportés par des hallucinations visuelles ou verbales sont au centre de toutes les psychoses chroniques ou aiguës. Ils sont toujours explicités dans les névroses, souvent dans les maladies psychosomatiques et dans n'importe quelle situation vécue de façon douloureuse ou désagréable… Les idées de possession, d'envoûtement, de persécution ne sont pas toujours des idées délirantes vraies : elles peuvent se rencontrer chez des individus "normaux" et ne sont, pour le "malade", qu'une façon de traduire les symptômes morbides, en l'occurrence dépressifs, d'une manière qui est comprise par le groupe ». Cette description rejoint ainsi le concept de désordre ethnique, comportement anormal mais adapté, repérable et compréhensible, sorte de modèle psychopathologique au sein d'une culture, proposé par Devereux par opposition aux désordres idiosyncrasiques, invariablement anormaux quelle que soit la culture (Devereux, 1970). Certains éléments de la symptomatologie peuvent être considérés comme psychotiques alors qu'ils traduisent l'existence d'un phénomène qui se joue dans un autre registre, celui d'un codage culturel de la souffrance. Au cours de la dépression en situation transculturelle, la signification des manifestations dites psychotiques est sujette à caution. De même la congruence du délire à l'humeur en situation transculturelle nous semble particulièrement difficile à apprécier dans la mesure où les thèmes que nous considérons significatifs de dépression (l'autodépréciation, la culpabilité) ne semblent pas l'être dans d'autres contextes culturels.

La fréquence des plaintes somatiques est fréquemment soulignée en situation transculturelle. Elle est souvent le motif de consultation initial retrouvé chez les patients déprimés. Souvent ces symptômes sont délibérément mis en avant par les patients déprimés, même s'ils ressentent également des signes de souffrance psychique (Abas et Broadhead, 1997 ; Weiss et coll., 2001).

Pour en finir avec le « syndrome méditerranéen »

« Syndrome méditerranéen », « transalpinite », « hystérie du migrant portugais », les locutions ne manquent pas pour qualifier un tableau de plaintes somatiques jugées hyperexpressives, théâtrales, et surtout non fondées,

survenant chez des sujets originaires du bassin méditerranéen (à l'exclusion de sa portion française bien sûr). Ces termes, qui n'apparaissent généralement pas dans les publications, sont pourtant toujours en usage chez les cliniciens, et le tableau est généralement rapporté à l'hystérie, ou à la simulation. Ces locutions, dans leur construction sémantique même, font le lien entre une population, voire une nation, et un trait de caractère, quelque chose de constitutionnel dont l'état pathologique constituerait l'exacerbation. En cela, on peut affirmer qu'il s'agit de pseudodiagnostics marqués par le racisme.

C'est en fait la question des somatisations et de leur statut chez les patients migrants qui est posée. La plainte somatique apparaît en effet comme un mode privilégié de la souffrance, ce qui entre souvent en résonance avec une représentation de l'immigré où celui-ci « n'est que corps » (Sayad, 1999, p. 300), renvoyant à une opposition corps/tête. Selon cette dichotomie entre l'âme (la tête) et le corps, on a tôt fait de conclure que si le corps du migrant parle autant, c'est parce que sa tête ne parle pas, qu'il ne verbalise pas, voire même qu'il n'élabore pas. Or, la dichotomie âme/corps est une conception ethnocentrée, qui n'a pas de valeur dans la plupart des pays non occidentaux. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour rendre compte de la fréquence avec laquelle les plaintes somatiques sont mises en avant.

Une étude réalisée par Channabasavanna et coll. en Inde (1993) a mis en évidence le fait suivant : 80 patients ambulatoires dépistés positivement pour un syndrome dépressif ont été examinés. Lors des questions ouvertes sur les symptômes gênants qu'ils éprouvaient, 85 % évoquaient des symptômes somatiques, et seulement 31 % des symptômes dépressifs. Pourtant, 89 % évoquèrent ensuite des symptômes dépressifs lors de l'entretien structuré. La fréquence des plaintes somatiques pourrait selon les auteurs de cette étude être un *artefact* : celles-ci étant simplement mises en avant, alors qu'elles ne sont que l'un des éléments d'un tableau clinique plus complexe, ce qu'avait déjà avancé Kirmayer dans une vaste revue de la littérature sur les somatisations (1984). Reste à savoir pourquoi celles-ci sont ainsi « sélectionnées » : est-ce parce qu'elles sont jugées moins stigmatisantes, ou est-ce une « recherche de la bonne manière d'exprimer un conflit » (Ifrah, 1980) ? La sélection des aspects « somatiques » de la souffrance peut aussi avoir une fonction défensive, comme il est fréquemment le cas chez les demandeurs d'asile victimes de traumatismes psychiques graves (Baubet et Moro, 2003) : n'évoquer le syndrome de répétition traumatique qu'à travers ses aspects corporels permet de mettre partiellement à distance la réactualisation déstructurante de la situation qui a occasionné l'effroi. Enfin, chez les migrants, la question de la langue, des difficultés de communication avec le corps médical, pourrait favoriser la mise en forme « somatique » de la plainte.

Dans certains cas, la plainte somatique est culturellement codée. Elle renvoie alors à un registre totalement différent de ce qu'elle semble être. Dans certains contextes, les douleurs des yeux sont une manière culturellement conforme d'évoquer des problèmes sexuels, ailleurs les douleurs lombaires du jeune homme lui indiquent la nécessité de se marier. Parfois, elle réalise un signe qui permet d'inférer une étiologie surnaturelle (des douleurs migratices lancinantes et une impuissance dans les cas de possessions par des *jnoun* par exemple). Il faut rappeler que dans de tels cas, le patient n'amène en principe pas lui-même l'étiologie culturelle. Celle-ci doit être énoncée de l'extérieur dans un cadre approprié.

Il serait donc dommageable de se contenter du diagnostic d'hystérie ou de trouble somatoforme sans avoir pris le temps de procéder à une évaluation soignée. En situation transculturelle la validité du trouble somatoforme (rattaché dans le DSM-IV au cadre des troubles anxieux) est sujette à caution, tant la fréquence des diagnostics doubles (avec un épisode dépressif majeur, ou d'autres troubles anxieux) est élevée (Weiss, 2001 ; Kirmayer et Young, 1998). L'évaluation permet de retrouver très fréquemment des troubles dépressifs, anxieux, post-traumatiques. L'enjeu est de taille, puisqu'il s'agit de ne pas laisser s'installer un malentendu qui, dans un certain nombre de cas, aboutira à une aggravation du tableau, à des complications, voire à la chronicisation, mécanisme donnant parfois lieu à la survenue de tableaux dits « sinistrosiques ». De plus la dimension psychopathologique individuelle n'est pas la seule à considérer : la plainte somatique n'est pas uniquement l'expression d'un conflit intrapsychique, elle peut également être lue selon différents axes complémentaires : une manière de se repositionner dans ses rôles sociaux et familiaux, une façon culturellement codée d'exprimer un état de souffrance, une métaphorisation de l'expérience, amenant de nouveaux sens et des possibilités de repositionnement (Kirmayer et Young, 1998).

… *Et avec la « sinistrose »*

Tahar[2] a mal à son corps. Une douleur qui étourdit son être même, qui obscurcit son âme, comme si tout son corps était douleur : « Mon corps est froid. J'ai froid aux mains, aux pieds, au dos, au cou. Il ne se réchauffe jamais. Parfois mon corps est si froid que cela m'empêche de dormir. J'ai mal aussi. Les douleurs partent de la tête et vont jusqu'aux pieds. Mon bras gauche me fait particulièrement mal. Ce sont des douleurs comme des éclairs. Parfois ces douleurs sont si fortes, qu'elles m'étourdissent. Ma tête tourne, je crois qu'elle va éclater. J'entends le sang frapper dans ma tête. C'est du sang noir[3], du mauvais sang. Les médicaments endorment un peu les douleurs mais dès que j'arrête d'en prendre cela

2 Pour une analyse détaillée de ce cas, *cf.* Moro (1995).

3 Pour le lien entre la théorie étiologique du « sang noir » au Maghreb et la dépression, *cf.* Milad et Moro (1991).

reprend de plus belle. Tout cela a commencé quelque temps après l'accident, avant j'étais bien, je ne connaissais pas la douleur… ». Le psychiatre qui soigne Tahar depuis plus de 2 ans a le sentiment qu'il n'arrive pas à établir avec lui une relation efficiente malgré un suivi régulier. Il désespère d'une sorte de répétition, répétition dans le déroulement des séances qui s'appauvrissent au fil du temps, répétition inlassable des mêmes symptômes, des mêmes mots. Et puis, récemment, Tahar a évoqué au cours d'une des séances avec son thérapeute le fait que tout ce qui lui arrivait était de l'ordre d'une attaque sorcière dont il fallait identifier l'origine. Ce matériel culturel a fini par déconcerter le confrère. Tahar n'en était pas à son premier interlocuteur, son parcours thérapeutique est le reflet de son errance : il a consulté des médecins généralistes, puis des spécialistes ; il est arrivé en urgence dans les différents hôpitaux de la région, il a été hospitalisé en rhumatologie, en gastro-entérologie… Partout, il a montré son corps endolori, les traces corporelles de son accident survenu 5 ans plus tôt, son incapacité à vivre « avec ce corps-là, meurtri, abîmé, déchiré ». On a fait des examens et inlassablement, on a répondu qu'il n'avait plus rien. Curieux paradoxe ! Tahar souffre d'une névrose traumatique, selon la terminologie classique. Dans les faits, cela se traduit ainsi : Tahar est en France depuis une douzaine d'années, il est originaire de Kabylie. Il travaillait comme maçon. Un jour, il est tombé d'un échafaudage et a perdu connaissance. Au réveil, il était à l'hôpital avec des fractures multiples. Son corps a été réparé, mais lui souffre d'algies diffuses. Et, puis, il ne se sent plus comme avant, il ne peut plus travailler, il est faible, il est bizarre, vaguement triste, en colère, plein d'amertume. En un mot dit-il, « Je vais mal ! »

Tous les praticiens ont déjà rencontré de tels patients migrants, chez qui, souvent à distance d'un accident du travail, s'installent des troubles algiques rebelles sources d'une quête thérapeutique qui ne parvient jamais à être satisfaite. Les consultations médicales s'enchaînent, les médecins concluant invariablement par « vous n'avez rien » ou « vous êtes guéri », et c'est souvent après un long parcours que ces patients sont référés aux psychiatres. Le terme de « sinistrose » est alors souvent utilisé pour désigner ces patients qui, un épais dossier médical sous le bras, viennent demander que leur souffrance soit reconnue dans la réalité, au travers d'un statut administratif d'accidenté du travail, de handicapé, d'une rente, etc. La répétition d'incompréhensions finit par produire une rigidification des positions du patient, la chronicité s'installe. Le terme de sinistrose a été proposé par Brissaud en 1908 : « La sinistrose est une attitude pathologique du blessé qui refuse de reconnaître sa guérison parce qu'il estime, de bonne foi, qu'il n'a pas obtenu, en vertu de la loi, une juste réparation du dommage subi ; c'est au fond un revendicateur dont la revendication prend son point de départ dans une estimation excessive de son droit à être indemnisé. Cette attitude de sinistrose peut se trouver à l'état isolé mais elle se combine souvent aux autres attitudes névrotiques réalisant un fond de revendication, de frustration ou de paranoïa caractérielle dont l'exacte valeur pathologique

est difficile à fixer, surtout quand elle se présente comme le seul symptôme réel dont dépendent tous les symptômes allégués » (cité par Sayad, 1999, p. 266). Revendication, paranoïa, névrose, on voit que ce diagnostic ne se réfère pas à une entité pathologique précise, mais plutôt à cette situation complexe de demande impossible à satisfaire, autrement dit, utiliser le terme de sinistrose revient à « pathologiser » une attitude complexe aux déterminants multiples.

L'analyse de telles situations sur le plan clinique révèle fréquemment l'importance de la dépression et d'éléments traumatiques (Moro, 1995 ; Arpin et coll., 1990 ; Ifrah, 1980), soit qu'il y ait une pathologie post-traumatique au sens psychiatrique classique, soit que l'on soit face à une névrose traumatique du migrant au sens où c'est la migration elle-même qui a fait traumatisme (Nathan, 1986). Combien de patients migrants chez lesquels, comme chez Tahar, le corps est le dernier point fixe où peut s'exprimer le désordre ? Les patients sont conduits à un parcours d'errance médicale par l'impossibilité de construire un sens à de tels symptômes, l'impossibilité de penser leur histoire. Le diagnostic de sinistrose risque d'entériner cette situation. Ce terme péjoratif, qui traduit notre impossibilité à penser le trauma de l'homme migrant touché dans son corps, ne rend pas compte de cette clinique de la dépression sous-jacente. L'approche ethnopsychanalytique permet aux patients d'utiliser leurs propres systèmes de sens dans un cadre thérapeutique qui les intègre. C'est la coconstruction avec eux de logiques complexes qui donnent sens à leur désordre en partant du niveau culturel pour aboutir au niveau individuel et pour mettre à jour le processus dépressif et le vécu traumatique sous-jacents à la symptomatologie présentée.

Nous proposons d'éviter ce pseudodiagnostic qui vient signifier autre chose qu'une maladie chez le patient, la sinistrose « est le résultat d'un effort poly-institutionnel, créé par la société et la médecine occidentale. Si le patient et son mal y jouent un rôle, celui-ci ne saurait suffire à déclencher et maintenir tout ce branle-bas » comme le soulignent Arpin et coll. (1990). Sur le plan psychiatrique, la sinistrose n'a pas de signification spécifique, ce qui se joue dans ce tableau se joue autant sur la scène sociale et politique que sur le plan de la psychopathologie individuelle. Ce n'est pas un hasard si ce diagnostic est souvent appliqué aux migrants, et si déjà, à l'époque de Brissaud, il était massivement utilisé pour qualifier les migrants « internes » qu'étaient les ouvriers venus des campagnes françaises (Sayad, 1999). Autrement dit, il nous semble que le terme de sinistrose vient qualifier une relation médecin-patient-société qui, sans une situation d'impasse, a tourné au rapport de force. Le rôle du clinicien est alors particulièrement difficile, tout d'abord, il est impératif de faire la part des aspects sociaux, somatiques et psychologiques (Ifrah, 1980), et d'organiser autour du patient la prise en charge de ces différents aspects. Pour le psychiatre, il s'agit de recommencer à penser le psychisme du patient, de réintroduire les dimensions subjective,

historique, dynamique, de favoriser la reprise de processus de représentation et d'élaboration. Pour cela, lorsque le tableau est ancien et fixé, les consultations transculturelles apparaissent utiles, l'étayage sur les représentations culturelles s'avère souvent efficient. Le recours aux psychotropes (en général antidépresseurs) permet habituellement un certain soulagement. Cependant nous pensons, comme Arpin et coll. (1990) que dans un certain nombre de cas, la prévention de telles situations est possible. Il faut pour cela tout d'abord prendre en charge de manière adaptée les situations de traumatismes psychiques, or cela nécessite parfois certaines adaptations techniques en situation transculturelle, tant pour le repérage que pour le soin ; il convient ensuite, comme nous l'avons dit plus haut, de prendre en charge précocement les plaintes somatiques psychogènes.

Traumatismes psychiques des migrants exposés à des violences organisées

La souffrance psychique des populations soumises à des conflits, des situations de violences organisées, des déplacements forcés est aujourd'hui une donnée connue et admise par tous. Nous rencontrons ces patients dans le cadre de notre travail en situation humanitaire, mais également en France, lorsqu'ils sont en position de demandeurs d'asile. Leur histoire témoigne de conflits qui secouent la planète, et dont beaucoup se déroulent dans le silence de la communauté internationale, des conflits invisibles ou oubliés mais toujours actifs et destructeurs. Notre rencontre avec ces patients nous a amenés à nous questionner sur les spécificités de ce travail (Baubet et coll., 2004). Celles-ci concernent à la fois le vécu prémigratoire, l'expérience de l'exil, la dimension transculturelle et le vécu post-migratoire, et leur prise en compte est nécessaire pour le diagnostic comme pour le soin. Nous n'évoquerons pas ici la question importante de la résilience pour nous intéresser aux sujets qui présentent des tableaux de souffrance psychologique avérée.

Le vécu prémigratoire : une clinique de la violence extrême et organisée

Certains demandeurs d'asile ont été exposés à des souffrances dramatiques et extrêmes. Nous ne pensons pas que nos outils usuels, comme le concept d'état de stress post-traumatique, soient adaptés à ces cas : en raison de la gravité des traumas subis, souvent sous-tendus par une cruauté extrême (Nahoum-Grappe, 1995), de leur caractère inter-humain et intentionnel, et de leur dimension collective, témoignant d'une situation de violence organisée, c'est-à-dire d'une relation de violence exercée par un groupe sur un autre (Rousseau, 2003). Les traumas sont souvent répétés, et accompagnés de deuils multiples. Les troubles observés répondent parfois à ce que

la CIM-10 nomme « Modifications durables de la personnalité liées à une expérience de catastrophe » ou bien le plus souvent à ce qui a été décrit comme le tableau de « ESPT complexe » (Herman, 1992 ; Van der Kolk, 1996 ; Frey, 2001). Ce tableau clinique associe :

a. altération dans la régulation de l'état affectif. Elle se caractérise par divers troubles :
   - troubles chroniques de la régulation des affects,
   - difficultés à moduler les réactions de colère,
   - comportements auto-agressifs et suicidaires,
   - difficultés à moduler l'engagement dans des activités sexuelles,
   - comportements impulsifs,
   - prises de risque ;
b. altération de l'attention et de l'état de conscience
   - amnésie (totale ou partielle),
   - épisode dissociatif transitoire (dépersonnalisation, déréalisation, autres) ;
c. somatisations. Celles-ci constituent souvent le motif initial de consultation :
   - douleurs chroniques,
   - troubles somatiques fonctionnels,
   - symptômes conversifs,
   - symptômes sexuels ;
d. modifications chroniques du caractère
   - altérations de la perception de soi,
   - altérations de la perception de l'agresseur (mais on peut se demander si le désir de vengeance est normal ou pathologique),
   - altérations de la relation aux autres ;
e. désespoir ; la perte de certaines croyances, qui soutenaient jusque-là l'individu.

Les violences subies sont souvent associées à des deuils, ce qui complexifie encore le tableau clinique. La violence extrême, intentionnelle et organisée provoque des effets qui vont au-delà de l'effroi et de ses conséquences décrites par des auteurs comme Lebigot (2002). C'est ce qui fonde l'humanité même du sujet touché : les liens sont rompus, la loi attaquée, l'ordre symbolique bouleversé, les tabous fondamentaux brisés. La révélation de la nature possiblement monstrueuse de tout être humain — et de soi — en surgit (Rousseau, 2003). Ce type de situation affecte non seulement les individus, mais aussi la famille, le groupe qui se trouvent désorganisés, privés parfois de leur capacité à se protéger les uns les autres.

L'expérience de la migration et de l'exil

La migration possède en elle-même des potentialités traumatiques, du fait de la rupture du contenant culturel qu'elle implique (Nathan, 1986). S'exi-

ler nécessite un travail d'élaboration psychique concernant à la fois ce traumatisme et les deuils. Ce double mouvement de traumatisme et de perte vient redoubler celui qui est lié aux événements vécus. La situation de « demande d'asile » est encore plus complexe : exil, oui, mais pas garanti, avec le risque de se voir refuser cet asile et d'être menacé d'expulsion. On imagine sans peine combien cette insécurité dans la réalité entre en résonance avec le sentiment d'insécurité interne.

La dimension transculturelle

Les tableaux cliniques correspondant aux critères diagnostiques de l'ESPT peuvent être retrouvés dans des aires géographiques très diverses. Cependant, l'ESPT ne couvre pas l'ensemble des réactions observables (Baubet et Moro, 2003b). Les symptômes que nous considérons comme cardinaux ne sont pas toujours vécus comme les plus gênants par les patients ; de plus, la fréquence des formes incomplètes ou complexes est extrêmement élevée.

Dans certaines aires culturelles, on observe des tableaux spécifiques des pathologies causées par la frayeur, comme le susto en Amérique latine, et la khal'a au Maghreb. Ce dernier terme, qui provient de l'arabe littéraire, renvoie au fait d'ôter, d'arracher brutalement quelque chose, et dans le cas de la frayeur, à une séparation, une disjonction âme/corps. Lors de la khal'a,* l'âme peut quitter le corps, et des êtres surnaturels (comme par exemple un djinn) peuvent y pénétrer. La personne touchée est dite makhlouï : son être a été enlevé, « sa raison est partie », elle est « effarée », et un djinn a profité de cet instant pour prendre possession de son intériorité. La khal'a réalise ainsi un type particulier de possession qui est soudaine, totale, et prive le sujet de ses capacités de résistance et de toute possibilité de « négociation » avec le djinn (Lheimeur, 1990). Cliniquement, lors de l'épisode de frayeur, la personne apparaît figée, hébétée, elle semble « ne plus être là », ne « plus être la même », et peut uriner sur elle. C'est ce moment de sidération, caractéristique de l'effroi, qui fait reconnaître la khal'a. La logique thérapeutique consiste alors à faire émerger la raison par un autre trauma. Chez les Berbères du Maroc, ce peut être une brûlure circonscrite, réalisée par surprise par un membre de la famille, par exemple à l'aide d'une cuillère chauffée au feu, réalisant une petite marque corporelle. Ce traitement permet à la fois de répéter l'expérience traumatique dans ce qu'elle a de douloureux, d'incompréhensible et de surprenant, tout en agissant sur l'enveloppe corporelle, pour la « fermer ». Lheimeur (1990) donne une description de traitement de la khal'a par une thérapeute ghawia (Maroc) qui illustre cette nécessité de provoquer un nouvel effroi.

Nathan (1990) a insisté sur la notion d'effraction repérable dans tous les modèles traditionnels de troubles liés à la frayeur, et particulièrement sur l'idée de « bipolarité sémantique effraction/extraction » que l'on peut

*Section rédigée avec Tahar Abbal, psychologue clinicien AP-HP, hôpital Avicenne (Bobigny), service de psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent et de psychiatrie générale.

finalement rapprocher des modèles psychanalytiques du trauma psychique. Il est vraisemblable qu'il existe encore bien d'autres manières locales de comprendre la souffrance psychique liée à la frayeur. Ces modèles ont été jusqu'ici peu étudiés et constituent une piste de recherche intéressante que certains auteurs cherchent à explorer (Baubet, 2008). On peut citer les travaux de Fox chez les Mandingues (2003), d'Igreja au Mozambique (2003), ou de Chan chez les Hakka de Polynésie française (2003).

Les tableaux non spécifiques le plus souvent observés sont les transes, les pseudo-hallucinations et les somatisations, qui masquent parfois totalement la symptomatologie post-traumatique. Rechtman (1992) a montré par exemple, auprès d'une population de réfugiés cambodgiens à Paris, la fréquence des phénomènes d'apparition de défunts dans le cadre de pathologies liées à des traumas extrêmes et des deuils, sans que cela soit à interpréter dans le sens de phénomènes psychotiques. Les états aigus d'allure délirante posent des problèmes diagnostiques importants.

Dans notre expérience, les somatisations, extrêmement fréquentes, se présentent sous deux formes : il s'agit soit d'une douleur chronique invalidante, soit d'une douleur plus aiguë et répétitive qui peut constituer une véritable reviviscence traumatique (Baubet et Moro, 2003). Un long parcours médical est souvent nécessaire avant que la dimension post-traumatique des troubles soit reconnue (rhumatologue, gynécologue, etc.).

Le contexte social et politique de l'accueil (le post-migratoire)

Une fois dans le pays hôte, les migrants se retrouvent coincés entre un discours idéal sur l'asile, la réalité d'une opinion publique souvent hostile et des politiques migratoires contraignantes qui les forcent sans cesse à prouver qu'ils ne sont pas des fraudeurs ou des criminels (Rousseau et Nadeau, 2003). Les réfugiés qui ont vécu un trauma dans le pays d'origine vivent donc un triple traumatisme : le traumatisme prémigratoire, les effets potentiellement traumatiques de la migration et le traumatisme découlant du déni de leur vécu par le pays d'accueil.

Le parcours administratif des réfugiés a des interférences très fortes avec les prises en charge cliniques. Ils doivent en effet raconter en détail à l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides des événements traumatiques qu'ils n'ont parfois jamais pu évoquer ; l'acceptation de leur dossier en dépend. Lorsque des troubles de la mémoire ou des reviviscences traumatiques les empêchent de donner des détails précis, on leur répond « qu'on ne les croit pas » et ils sont déboutés (Asensi et Le Du, 2003). Ce processus lent, douloureux et hasardeux a bien sûr de lourdes conséquences sur l'expression des symptômes et les possibilités d'élaboration.

Bibliographie

Abas M, Broadhead JC. Depression and anxiety among women in an urban setting in Zimbabwe. Psychol Med 1997 ; 27 : 59–71.

Al-Issa I. The illusion of reality or the reality of illusion. Hallucinations and culture. Br J Psychiatry 1995 ; 166 : 368–73.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manuel of Mental disorders Third Edition revised- DSM-III-R. Washington : American Psychiatric Press ; 1987.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manuel of Mental disorders Fourth Edition- DSM-IV. Washington : American Psychiatric Press ; 1994.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manuel of Mental disorders Fourth Edition-Text Revision- DSM-IV-TR. Washington : American Psychiatric Press ; 2000.

Arpin J, Ongarelli-Loup F. « Sinistrose » ou « rôle de malade chronique » : alternatives diagnostiques. Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie 1990 ; (16) : 201–18.

Asensi H, Le Du C. Savons-nous accueillir les réfugiés en France ? In : Baubet T, Le Roch K, Bitar D, Moro MR. Soigner malgré tout. Vol 1 : Trauma cultures et soins. Grenoble : La Pensée Sauvage ; 2003. p. 71-95.

Baubet T. Effroi et métamorphose. Psychothérapie transculturelle des névroses traumatiques en situation d'impasse thérapeutique. Thèse de psychologie. Villetaneuse : Université Paris XIII ; 2008.

Baubet T, Abbal T, Claudet J et al. Traumas psychiques chez les demandeurs d'asile en France : des spécificités cliniques et thérapeutiques. Journal International de Victimologie 2004 ; 2 (2).

Baubet T, Moro MR. Cultures et soins des traumatisés psychiques en situation humanitaire In : Baubet T, Le Roch K, Bitar D, Moro MR. Soigner malgré tout. Vol 1 : Trauma cultures et soins. Grenoble : La Pensée Sauvage ; 2003. p. 71–95.

Carothers JCD. The African Mind in Health and Disease : A Study in ethnopsychiatry. Geneva : World Health Organization ; 1953.

Chan ES. Une étiologie traditionnelle chez les Hakka de Polynésie française : le hak tao, ou la théorie étiologique de la frayeur. Ethnopsy 2003 ; 5 : 181–207.

Channabasavanna SM, Raguram R, Weiss MG et al. Ethnography of psychiatric illness : a pilot study. NIMHANS J 1993 ; 11 : 1–10.

Collomb H. Les bouffées délirantes en pathologie africaine. Psychopathologie Africaine 1965 ; 1 (2) : 167–239.

Cooper JE, Jablensky A, Sartorius N. WHO collaborative studies on acute psychoses using the SCAAPS schedule. In : Stefanis CN, Rabavilas AD, Soldatos CR. Psychiatry : a world perspective, vol 1. Amsterdam : Elsevier ; 1990. p. 185–92.

Devereux G. (1970) Essais d'ethnopsychiatrie générale. Paris : Gallimard ; 1983.

Diop M, Zempleni A, Martino P, Collomb H. Signification et valeur de la persécution dans les cultures Africaines. In : Congrès de psychiatrie et neurologie de langue Française, 62e session, Comptes rendus, tome I ; 1964. p. 333–43.

Diop M. La dépression chez le noir africain. Psychopathologie Africaine 1967 ; 3 (2) : 183–94.

Durand G, Traore M. Magnan en Afrique Noire ? Place actuelle des bouffées délirantes aiguës en psychopathologie Africaine. Synapse 1992 ; 87 : 55–8.

Fajri A, El Idrissi MA, Belaizi M. Pathologie psychiatrique et aspects culturels dans la société marocaine : un lien à débattre ou à combattre ? Med Trop 1996 ; 56 bis : 441–4.

Fox SH. The mandinka nosological system in the context of post-trauma syndromes. Transcultural Psychiatry 2003 ; 40 (4) : 488–506.

Frey C. Posttraumatic stress disorder and culture. In : Yilmaz AT, Weiss MG, Riecher-Rössler A. Cultural Psychiatry : Euro-International perspectives. Basel : Karger ; 2001. p. 103–16.

Gaw AC. Culture, ethnicity and mental illness. Washington : American Psychiatric Press ; 1993.

Hanck C, Collomb H, Boussat M. Dépressions masquées psychotiques ou le masque noir de la dépression. Acta Psychiatrica Belgica 1976 ; 1 : 26–45.

Hazera M. Aspects transculturels des troubles mentaux en Côte d'Ivoire. Med Trop 1981 ; 41 (3) : 297–306.

Herman JL. Complex PTSD : a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. J Trauma Stress 1992 ; 5 : 377–91.

Ifrah A. Le Maghreb déchiré. Grenoble : La Pensée Sauvage ; 1980.

Igreja V. « Why are they so many drums playing until dawn ? » Exploring the role of Gamba spirits and healers in the post-war recovery period in Gorongosa, Central Mozambique. Transcultural Psychiatry 2003 ; 40 (4) : 459–87.

Jenkins J. Diagnostic criterias for schizophrenia and related psychotic disorders : integration and suppression of cultural evidence in DSM-IV. Transcult Psychiatry 1998 ; 35 (3) : 357–76.

Johns LC, Nazroo JY, Bebbington P, Kuipers E. Occurrence of hallucinatory experiences in a community sample and ethnic variations. Br J Psychiatry 2002 ; 180 : 174–8.

Kirmayer LJ. Culture, affect, and somatization. Parts I and II. Transcult Psychiatr Res Rev 1984 ; 21 : 159–88, 237-62.

Kirmayer LJ, Young A. Culture and somatization : clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. Psychosom Med 1998 ; 60 : 420–30.

Kulhara P, Chakrabarti S. Culture and schizophrenia and other psychotic disorders. Psychiatr Clin North Am 2001 ; 24 (3) : 449–64.

Lebigot F. L'effroi du traumatisme psychique : le regarder en face ou s'en protéger. Stress et Trauma 2002 ; 2 (3) : 139–46.

Lheimeur M. D'un type de possession déclenché par la frayeur (Maroc). Nouv Rev Ethnopsychiatrie 1990 ; 15 : 151–61.

Louiz H, Nen Nasr S, Sahli JE, Ghaoui S, Ben Hadj Ali B. Délires et hallucinations dans la dépression, aspect culturel. Encéphale 1999 ; Sp III : 22–5.

Marsella AJ. Depression experience and disorder across culture. In : Triandis H, Draguns J. Handbook of cross-cultural psychology, Vol. 6, Psychopathology. Boston : Allyn et Bacon ; 1980.

Martino P, Zempleni A, Collomb H. Délire et représentations culturelles (à propos du meurtre d'un sorcier). Psychopathologie Africaine 1965 ; 1 (1) : 151–7.

McCormick S, Goff DC. Possession states : approaches to clinical evaluation and classification. Behavioural Neurology 1992 ; 5 : 161–7.

Moro MR. Le corps comme modalité d'inscription psychique et culturelle. Éléménts d'analyse ethnopsychiatrique. In : Aisenstein JM, Fine A, Praguier G. L'hypocondrie. Paris : PUF ; 1995. p. 137–50.

Nahoum-Grappe V. Anthropologie de la cruauté. Quelques pistes au sujet de la guerre en ex-Yougoslavie. In : Moro MR, Lebovici S. Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie. Paris : PUF ; 1995. p. 23–50.

Nathan T. Angoisse ou frayeur : un problème épistémologique de la psychanalyse. Nouv Rev Ethnopsychiatrie 1990 ; (1) : 21–38.
Nathan T. La folie des autres. Paris : Dunod ; 1986.
OMS. Classification Internationale des Maladies. Dixième révision. Chapitre V (F) : troubles mentaux et troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Genève/Paris ; OMS/Masson ; 1993.
OMS. Classification Internationale des Maladies. Dixième révision. Chapitre V (F) : troubles mentaux et troubles du comportement. Critères diagnostiques pour la recherche. Genève/Paris ; OMS/Masson ; 1994.
Ortigues MC, Ortigues E. (1966) Œdipe africain. Paris : L'Harmattan ; 1973.
Ovuga EBL. The different faces of depression. East African Medical Journal 1986 ; 63 (2) : 109–14.
Pereira S, Bhui K, Dein S. Making sense of « possession states » : psychopathology and differential diagnosis. Br J Hosp Med 1995 ; 53 (11) : 582–6.
Rechtman R. L'apparition des ancêtres et des défunts dans les expériences traumatiques : introduction à une ethnographie clinique chez les réfugiés cambodgiens de Paris. Cahiers d'Anthropologie et de Biométrie Humaine 1992 ; 10 (1–2) : 1–19.
Rousseau C. Violence organisée et traumatisme. In : Baubet T, Moro MR. Psychiatrie et migrations. Paris : Masson ; 2003.
Rousseau C, Nadeau L. Migration, exil et santé mentale. In : Baubet T, Moro MR. Psychiatrie et migrations. Paris : Masson ; 2003.
Sayad A. La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré. Paris : Seuil ; 1999.
Van der Kolk BA. The complexity of adaptation to trauma. In : Van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L. Traumatic stress : the effects of overwhelming experiences on mind, body and society. New York : Guilford Press ; 1996. p. 182–213.
Weiss MG. Psychiatric diagnosis and illness experience. In : Yilmaz AT, Weiss MG, Riecher-Rössler A. Cultural Psychiatry : Euro-International perspectives. Basel : Karger ; 2001. p. 21–34.

13 Vieillir en exil

Quitterie de La Noë

Cissé est arrivé en France dans les années 1960. Il a travaillé dans le bâtiment, a occupé de nombreux emplois. Il a fait venir sa femme. Ils ont eu 5 enfants. Désormais à la retraite, alors que la pensée du retour au pays les a habités tout au long de ces années de migration, ils ne peuvent se résoudre à repartir s'installer là-bas. Pour eux comme pour de nombreux migrants, se pose la question complexe du retour au pays. En effet, beaucoup ont construit leur vie en France car leurs familles sont venues les rejoindre. Certains décident de repartir dans leur village natal mais d'autres choisissent de rester et vieillir dans le pays d'accueil, car, après une installation devenue permanente et durable, repartir est devenu difficile. Ce dernier choix a des conséquences importantes sur la façon dont les migrants traversent cette dernière étape de la vie, surtout si leurs enfants sont nés en France et y vivent.

Aujourd'hui, nous sommes confrontés à un phénomène récent, assez peu étudié, sinon de façon descriptive : le vieillissement des migrants en France. Appréhender la question du vieillissement en exil ne peut se faire sans un détour par une définition de la migration et de la vieillesse. Cette dernière peut être définie comme un processus ayant trois dimensions. La plus évidente, et que nous ne développerons pas ici, est la dimension biologique et la transformation du corps qui lui est inhérente. Processus universel qui touche chaque individu, nous nous intéresserons dans cet ouvrage à sa dimension psychologique et sociale, au remaniement de la position sociale et à la réorganisation du Moi qu'il entraîne.

Vieillir, d'un point de vue psychologique

Si d'un point de vue biologique, le vieillissement est un processus progressif qui s'inscrit dans le temps, il semble que c'est le plus souvent un événement particulier qui marque l'entrée dans la vieillesse, notamment sous la forme d'une perte. De la même façon, dans la pensée populaire, c'est la retraite qui marque l'avènement de la vieillesse. Mais elle ne se manifeste pas chez tous au même âge. Si la retraite contribue à annoncer la vieillesse, elle ne suffit pas à en rendre compte (Le Caisne, 1992). En effet, plusieurs auteurs ont remarqué que l'entrée dans la vieillesse n'est pas le résultat d'un cheminement progressif mais qu'elle est rattachée à un événement qui surgit bruta-

lement. Ainsi, le début de la vieillesse est lié à un accident, une maladie, une perte affective. Le Caisne établit un parallèle avec le certificat d'études, le premier travail et le mariage car ce sont des événements qui marquent une nouvelle période de la vie. Par ailleurs, la personne âgée y serait confrontée d'autres façons : fin de l'activité professionnelle mais également problèmes de santé, départ des enfants, décès du conjoint et de personnes proches. Dans ce dernier cas, il y aurait une rupture de lien et il se créerait dans le Moi « un creux, une dépression vécue douloureusement par le sujet. Le Moi est constitué des images des objets investis et chaque perte d'objet le menace directement d'assèchement ou de desquamation imaginaire » (Messy, 1992, p. 27). La perte d'objet impose une forme de travail de deuil à l'activité psychique que le sujet doit mobiliser pour se séparer de l'objet perdu. Ce travail psychique est souvent plus difficile à accomplir pour un sujet âgé car « la baisse de qualité des liaisons mentales » est associée « à la profondeur de l'inscription dans le Moi de l'image d'un conjoint avec lequel on a partagé 40 ou 50 ans de son existence » (Ferrey, 2008).

Ainsi, la vieillesse débuterait par une perte en trop qui provoquerait une rupture car elle serait en rapport avec une perte plus ancienne ou son fantasme dont la trace est restée à jamais sensible. Il en résulterait un réaménagement à plusieurs niveaux pour l'individu et la famille : mode de vie, investissements, relations avec les proches. Concernant ce dernier point, les rapports parents/enfants s'inversent puisque ce sont les enfants qui s'occupent désormais de leurs parents vieillissants. On assiste alors dans certains cas à un « parentage » des enfants auprès de leurs parents (Ferrey, 1989). Mais cette inversion des rôles peut être culpabilisante, paniquante ou déstabilisante. « Elle renforce le sens de ce vieux dicton : les parents âgés sont les enfants que l'on a sur le tard » (Ulpat, 1997, p. 17). Cette transformation de la dynamique familiale fait resurgir l'histoire familiale et la bouscule : « toute la descendance est alors en quête de repères : les conflits anciens, les non-dits, les liens entre les frères et les sœurs, la place de chacun au sein de la structure familiale » (*ibid.*). C'est la raison pour laquelle nous pouvons considérer que le vieillissement s'inscrit dans une dimension familiale, sociale et culturelle forte. Ainsi, Messy (1992, p. 30) définit la vieillesse dans le registre social comme un état qui caractérise la position de l'individu âgé en fonction d'un statut politico-économique.

Vieillir, d'un point de vue social et culturel

Depuis plusieurs années, devant l'augmentation du nombre de personnes âgées dans les sociétés occidentales, de nombreux cliniciens se sont intéressés à cette tranche d'âge d'un point de vue social et économique. Cependant, il est difficile d'évoquer la vieillesse en tant que telle car c'est une section de vie qui n'a de sens qu'en relation avec tout ce qui précède (enfance, âge adulte et

vie active) ainsi qu'avec les valeurs et les règles de chaque groupe social. En effet, le milieu social et culturel détermine les conditions du vieillissement qui est aussi une construction culturelle. Chaque société a sa propre définition du troisième âge et véhicule ses propres représentations de la vieillesse. De ce fait, les personnes âgées acquièrent une fonction, un rôle, un statut différent selon chaque culture. Différents travaux anthropologiques montrent que la prise en charge des personnes âgées par leurs descendants diffère selon le groupe social et qu'elle est intimement liée aux représentations concernant la vieillesse et la mort que véhicule chaque société ainsi qu'aux structures familiales. Chaque société définit des structures familiales qui lui sont propres, et la famille est une institution sociale qui instaure et renforce les valeurs et les normes : un système interne de division du travail sur le plan domestique, éducatif, ses modes de loisirs, etc. La famille constitue le premier lieu de socialisation, de refuge émotionnel, de sécurité économique pour les individus. Des structures familiales dépendent des représentations, des attitudes, des pratiques spécifiques pour les personnes âgées.

Ainsi, en France et dans les sociétés occidentales, pendant la phase adulte de la vie, en règle générale, la principale priorité familiale est le conjoint. Il joue un rôle central dans la vie de l'individu. En effet, les normes insistent sur la primauté du conjoint par rapport aux parents, le détachement des enfants mariés vis-à-vis de leurs parents étant considéré comme une marque de maturité et d'indépendance. Dans d'autres aires culturelles, telles qu'au Maghreb, en Afrique noire, etc., la famille constitue un groupe incluant non seulement le couple parental mais aussi les grands-parents, leurs autres enfants, etc. On assiste cependant à des réaménagements de la structure familiale dans les villes, entraînant des modifications dans la gestion des places et rôles de chacun dans la vie quotidienne, parfois plus proche du modèle occidental. Cependant, la structure familiale se caractérise par des liens étroits, une solidarité et une complémentarité intergénérationnelles, et la personne âgée constitue une partie intégrante de la famille. Même si elle n'a pas d'enfants, elle a toujours quelqu'un sur qui s'appuyer en cas de besoin. Le dévouement de la famille est considéré comme un fait naturel, automatique, lié à la responsabilité filiale et au réseau des obligations réciproques. Rendus à l'âge adulte, les enfants doivent assurer la sécurité financière et l'entretien de leurs parents âgés jusqu'à leur mort. Ce qui semble caractériser principalement le « vieux », c'est son âge mais surtout son savoir. Ainsi la personne âgée est dépositaire de connaissances ancestrales, du calendrier communautaire, des événements historiques, etc. Représentant l'autorité, le statut de vieillard est hautement valorisé. Il sert de modèle à la jeune génération en complétant le modèle que leur donnent déjà leurs parents.

Nous pouvons alors nous interroger sur la façon dont les personnes âgées migrantes vivent leur vieillesse alors que leurs représentations ne corres-

pondent pas à celles de la société d'accueil et que leurs conditions de vie sont parfois difficiles et précaires, accentuant le sentiment de solitude.

Les enjeux de la migration

Pour comprendre ce qu'implique le vieillissement en situation migratoire, nous devons auparavant nous intéresser à la migration. Elle peut être définie comme l'action et l'effet du passage d'un pays à l'autre pour s'y établir. C'est un « événement sociologique qui s'inscrit dans un contexte historique et politique » (Moro, 1994, p. 79). Certains migrent pour des raisons politiques, juridiques, économiques, ou plus personnelles dans le but d'améliorer les conditions de vie, pour l'aventure, etc. D'autres viennent travailler temporairement dans un pays mais ont le projet de retourner dans leur pays d'origine ou bien ils viennent s'établir dans le nouveau pays de façon permanente. D'autres encore viennent en vacances et ont trouvé du travail. Par ailleurs, la migration est un « acte complexe qui ne peut être réduit aux catégories du hasard ou de la nécessité » (*ibid.*, p. 80) car les récits de migrations font penser que les motifs de la migration sont ambivalents, à plusieurs niveaux : le migrant a à la fois le désir de partir et la peur de quitter les siens ; cette décision de partir peut également être une modalité choisie pour résoudre des conflits familiaux ; l'arrivée dans un nouveau pays est aussi souvent l'aboutissement d'une trajectoire de ruptures ou d'acculturation à l'intérieur de son propre pays.

Le vécu de la migration est conditionné par ces facteurs mais également par des facteurs sociaux qui potentialisent tous ces paramètres : la capacité à apprendre la langue du pays d'accueil, la religion, le niveau et l'isolement social, les conditions de vie, paramètres qui posent le problème de l'identité par rapport au pays d'accueil puis au pays d'origine. En effet, dans un premier temps se pose la difficulté de l'adaptation, avec tous les problèmes de langue, de solitude, de travail mais également le rejet du pays d'accueil. Puis progressivement des communautés s'organisent, les migrants trouvent leurs repères dans la société d'accueil… C'est à partir d'une telle définition de la migration que des travaux cliniques récents ont commencé à penser la migration comme une rupture qui peut avoir un effet traumatique. Nathan (1987, p. 8) définit le traumatisme migratoire comme « le traumatisme de la perte du cadre culturel interne à partir duquel était décodée la réalité externe ». À ce type de traumatisme, nous pouvons associer deux autres types : celui décrit par la psychanalyse et le traumatisme intellectuel décrit par Bateson (Nathan, 1987). Le traumatisme de la migration a été principalement mis en évidence dans le cas de névroses traumatiques. Il s'agit de patients ayant subi un accident de travail au moins une quinzaine d'années après leur arrivée. Malgré l'absence de lésions somatiques graves, ils continuent à souffrir de douleurs dans le corps, se plaignent d'impuissance

sexuelle… D'après Nathan (1986, p. 14), le traumatisme intervient dans les moments de profonde modification de l'identité et de la filiation. Ces éléments illustrent à quel point la question du vieillissement en situation migratoire s'avère complexe.

Vieillir et mourir en situation migratoire

Pour tout individu, quelle que soit sa culture, la vieillesse peut être vécue comme une perte, une rupture qui entraîne de nombreux remaniements. Pour Ferrey (1989, p. 4), cette réorganisation est réussie « sur la base des réorganisations antérieures en fonction des moyens actuels ». Or, dans le cas de certaines personnes âgées migrantes, leur parcours migratoire est jalonné de ruptures qui ont elles-mêmes été traumatiques. Ainsi, l'entrée dans la vieillesse peut être traumatique pour un migrant car nous pouvons faire l'hypothèse qu'elle réactive pour certains des événements traumatiques antérieurs liés au parcours migratoire. Ainsi, la décision de rentrer devient problématique car le retour « mobilise pour l'individu ses vécus antérieurs de perte, remet en chantier ses problématiques de séparation qui restent en suspens » (Tarazi Sahab, 1997, p. 7). En effet, au cours de son séjour dans le pays d'accueil, pour pouvoir vivre, le migrant s'est en quelque sorte constitué une seconde peau. Repartir nécessite donc d'abandonner cette partie de lui-même. Selon les termes de Tarazi Sahab, le retour n'est pas la simple « annulation du départ » mais implique en lui-même « une démarche intérieure spécifique et complexe » que certains ne pourront jamais effectuer. Le choix du non-retour est alors peut-être plus profondément « le résultat de blessures narcissiques, d'une image de soi altérée par la maladie, la souffrance ou l'infirmité que l'immigré ne saurait offrir au regard de l'autre, de retour au pays » (Samaoli, 1986, p. 42).

À cette dimension psychologique se mêlent d'autres enjeux d'ordre matériel, familial, culturel mais aussi des facteurs sociaux et politiques. En effet, au moment de la retraite, la France doit une retraite au migrant car il a souvent beaucoup travaillé et cotisé. S'il peut en bénéficier pleinement dans le pays d'accueil, ce n'est plus possible au cas où il repart. Par ailleurs, nombre d'immigrés décident de vieillir en France en invoquant des raisons de santé, la mauvaise image du système de soins de leur pays et parce que la vie est souvent difficile dans les zones rurales d'origine. Ils souhaitent donc bénéficier des commodités matérielles de la France.

La question du retour se pose au regard de la famille restée au pays mais aussi de celle qui vit en France. Certains ont fait venir leur femme et leurs enfants ici. Ces derniers ont construit leurs repères dans le pays d'accueil et ne partagent pas forcément le désir de leurs parents de retourner dans le pays d'origine. Les parents peuvent alors être confrontés à un dilemme : rester en France avec leurs enfants mais être séparés de la famille et de la

terre des ancêtres, ou bien partir mais être séparés de leurs enfants. Ce choix peut être l'objet d'une longue négociation. D'autres ont préféré ne pas les faire venir en France. Mais le problème de repartir ou de rester se pose avec la même acuité car vieillir en terre d'exil est problématique également pour des raisons culturelles, car nous l'avons vu, les représentations de la vieillesse sont différentes dans chaque société. En effet, les différences entre les sociétés dites modernes et celles dites traditionnelles résident dans le fait que l'on accorde dans les dernières davantage d'importance au savoir et à la sagesse qu'au travail. En ce sens les vieillards détiennent un pouvoir : soit économique, de par un droit de propriété ou un contrôle des moyens de production, soit qu'ils jouissent d'un pouvoir politique, religieux, etc. C'est ce qui explique le maintien par les personnes âgées de leur importance au sein de la communauté. Le migrant qui vieillit en France a une position différente, peu valorisante, alors qu'il atteint l'âge où il aurait dû être l'objet de respect et de considération dans les conditions de vie habituelles des sociétés traditionnelles. « En acceptant de vieillir en France, les vieux Maghrébins se sont souvent dépouillés de quelques privilèges que les virtualités anthropologiques traditionnelles confèrent encore à l'âge dans les sociétés du Maghreb : le respect de l'âge et la reconnaissance de son expérience dans la vie » (Samaoli, 1991, p. 38).

Enfin, rester en France, c'est accepter le risque d'y mourir, loin des siens et de la terre de ses ancêtres. D'après Cohen (1991, p. 22), la maladie, le vieillissement et plus encore la mort, représentent pour l'immigré âgé le risque de se séparer dramatiquement de sa terre et de sa famille, et d'accentuer son sentiment de solitude. C'est la raison pour laquelle « les angoisses constatées dans cette catégorie de population son plus complexes, car on a l'impression que ce qui importe le plus à ces êtres déracinés, ce ne sont pas tant la maladie, la vieillesse et le handicap que le risque de perdre la capacité de retrouver les leurs » (*ibid.*). Sebag Lanoe (1991, p. 17) a d'ailleurs formulé l'hypothèse selon laquelle il y aurait chez le mourant d'origine étrangère « une douleur potentielle » spécifique liée à « l'impossible retour à la terre – mère natale ». Par ailleurs, tout le déroulement de la vie de l'enfance à l'âge adulte est « émaillé de références fréquentes, d'inspiration religieuse, au phénomène de la mort ». L'attitude face à la mort est moins sereine qu'au pays, même si la mort reste un choix fait par Dieu et l'attitude devant la mort fataliste. Les migrants âgés souhaitent fixer leur lieu de sépulture : être enterré ici dans les « carrés » musulmans des cimetières français par exemple, ou là-bas dans la terre natale (Samaoli, 1991). Ce transfert du corps nécessite d'être préparé, organisé, financé. Cela « introduit un compromis, une tonalité plus réaliste dans ce rapport au sacré » (*ibid.*, p. 42). Les communautés essaient alors de s'organiser pour renvoyer le corps et faire les rituels nécessaires pour que le mort puisse passer du statut de défunt à celui d'ancêtre. Ainsi, c'est la façon de mourir et de demeurer fidèle à la

communauté spirituelle qui est importante plus que le fait de mourir lui-même (Samaoli, 1991, p. 38).

Bibliographie

De La Noë Q. Vieillir en exil : ruptures et transmissions. Champs Psychosomatique 2001 ; 24 : 81–98.
Ferrey G, Le Goues G. Psychopathologie du sujet âgé. Paris : Masson ; 1989.
Le Caisne L. Mémoire et destin. Ethnologie Française 1992 ; 22 (1) : 27–42.
Messy J. La personne âgée n'existe pas. Paris : Rivages psychanalytiques ; 1992.
Moro M. R. Parents en exil. Psychopathologie et migrations. Paris : PUF ; 2001.
Nathan T. Trauma et mémoire. Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie 1986 ; 6 : 7–18.
Nathan T. La fonction psychique du trauma. Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie 1987 ; 7 : 7–10.
Samaoli O. La vieillesse des étrangers en France (Actes de colloque). Grenoble ; 1986.
Samaoli O. Vivre vieux et vivre immigré en France. CIEMI 1991 ; 3 (16–17) : 29–42.
Sebag-Lanoe R. De la douleur de mourir loin de sa terre natale. Hommes et migrations 1991 ; 1140 : 14–8.
Tarazi Sahab L. La nostalgie du retour. Métiss, lettre de l'Association Internationale d'EthnoPsychanalyse 1997 ; 1 (1) : 6–7.
Ulpat A. Faut-il avoir peur des familles et des bénévoles ? Actualités Sociales Hebdomadaires 1997 ; 2031 : 17–8.

IV

Recherche

14 Méthodes en recherche transculturelle

Thierry Baubet, Dalila Rezzoug

L'épidémiologie psychiatrique en situation transculturelle s'est développée dans les années soixante-dix sous l'impulsion de l'Organisation mondiale de la santé. Assez rapidement, les limites de tels travaux comparatifs sont apparues, et de nouveaux paradigmes méthodologiques ont été développés.

Les grandes études comparatives

Elles reposent sur une démarche classificatoire basée sur les critères nosologiques établis au sein des cultures occidentales dans une optique biomédicale, et sur l'opposition entre les éléments pathogéniques et des facteurs pathoplastiques au rang desquels les aspects culturels et sociaux. Il s'agit donc de vérifier l'existence de syndromes définis dans les pays occidentaux, au sein de différentes cultures. D'une certaine manière, ce travail présuppose l'existence d'invariants universels dans les catégories diagnostiques et les manifestations symptomatiques.

Murphy et coll. (1964) sont les premiers à avoir réalisé une étude épidémiologique internationale dans 30 pays, qui concernait la dépression. Ils retrouvèrent quatre signes cliniques (humeur déprimée, variations nycthémérales, insomnie, perte de l'intérêt pour l'environnement) de manière constante dans 21 pays. Dans les neuf autres pays, essentiellement non occidentaux, ces signes n'étaient pas retrouvés fréquemment chez les patients déprimés, les symptômes somatiques de dépression y étaient plus constants (fatigue, anorexie, perte de poids, trouble de la libido). Ce travail a eu le mérite de souligner les variations internationales de la symptomatologie, cependant cette étude n'était pas contrôlée.

Marsella et coll. (1985) ont énoncé cinq hypothèses pour rendre compte des difficultés rencontrées :

(1) il est difficile de déterminer à partir de quel moment une modification de l'humeur cesse d'être normale pour devenir pathologique (autrement dit comment différencier en situation transculturelle l'*affect* dépressif de la *maladie* dépressive) ;
(2) les critères diagnostiques utilisés dans les études épidémiologiques varient ;

Psychopathologie transculturelle

(3) les techniques d'échantillonnage diffèrent ;
(4) les modalités « non occidentales » de souffrance dépressive ne sont pas toujours prises en compte ;
(5) la question de la validité du diagnostic dans différents groupes culturels a été peu étudiée.

Ces mêmes auteurs (Sartorius, 1975 ; Marsella, 1978) avaient préalablement identifié quatre étapes dans la conduite d'études épidémiologiques transculturelles, à partir de l'exemple de la dépression :

(1) prendre en compte le matériel anthropologique et ethnographique existant pour la conception de l'étude ;
(2) développer des glossaires et des définitions opérationnelles des symptômes et catégories diagnostiques à étudier ;
(3) sélectionner les symptômes pertinents à partir d'une analyse multivariée et non à partir de catégories diagnostiques considérées comme pertinentes *a priori* ;
(4) utiliser des méthodologies similaires dans les différents contextes.

De grandes études épidémiologiques internationales contrôlées ont été réalisées par l'Organisation mondiale de la santé, par exemple l'*Étude pilote internationale sur la schizophrénie* (OMS, 1973 ; 1979) et l'*Étude OMS sur les troubles dépressifs dans différentes cultures* (OMS, 1983). Cette dernière étude, par exemple, concernait 573 patients dans cinq pays (Canada, Inde, Iran, Japon, Suisse). Les « cas » étaient sélectionnés sur un test de screening, étaient interviewés par un clinicien expérimenté au moyen d'un instrument standardisé (*The WHO Schedule for Standardized Assessment of Depressive Disorders* [SADD]). Les résultats de ces études furent jugés assez décevants par les anthropologues et par de nombreux psychiatres.

Limites de ces travaux

Validation transculturelle des instruments standardisés

Les instruments psychométriques standardisés sont fréquemment utilisés en situation transculturelle, que ce soit dans une approche dimensionnelle ou catégorielle. Pourtant, la question de la validité transculturelle de ces instruments est rarement abordée, et souvent ceux-ci sont simplement traduits. Trois étapes sont nécessaires à la validation transculturelle des instruments de mesure en santé mentale[1]. En premier lieu se pose la question de la traduction de l'instrument, et de la vérification de son équivalence.

1 Caron J. Un guide de validation transculturelle des instruments de mesure en santé mentale. [http://www.rsmq.qc.ca/fr/instruments/guide.htm]

Flaherty et coll. (1988, p. 258) ont écrit cinq niveaux d'équivalence devant être respectés entre l'instrument original et sa traduction :

(1) *équivalence de contenu* : le contenu de chaque item de l'instrument est pertinent pour l'étude du phénomène dans chaque culture étudiée ;
(2) *équivalence sémantique* : le sens de chaque item est le même après traduction ;
(3) *équivalence technique* : la méthode d'évaluation reste la même (par exemple autoquestionnaire écrit, etc.) ;
(4) *équivalence de critère* : l'interprétation et la mesure de la variable restent les mêmes ;
(5) *équivalence conceptuelle* : l'instrument mesure le même construit théorique dans chaque culture.

Ces concepts d'équivalence sont particulièrement complexes : l'équivalence sémantique, par exemple, nécessite souvent bien plus qu'une simple traduction : il faut alors trouver une équivalence de sens au travers d'une expression, mais dans certains cas cela n'est pas suffisant et la situation décrite dans un item n'existe pas dans la culture considérée. Il faut alors utiliser d'autres situations en préservant l'objectif et le sens visé (Guillemin et coll., 1993). Certaines cultures par exemple n'encouragent pas la description du comportement par des adjectifs, ni par l'usage des termes « vrai/faux » (Marsella et coll., 1985). De manière pratique Sartorius et Janca (1996) ont précisé la méthodologie adoptée par l'OMS, laquelle repose sur les travaux de Brislin (1986) et sur sept étapes :

(1) établissement d'un groupe bilingue d'experts ;
(2) examen de la structure conceptuelle de l'instrument par les experts ;
(3) traduction ;
(4) examen de la traduction par les experts ;
(5) examen de la traduction par un groupe monolingue ;
(6) traduction reverse en aveugle ;
(7) examen de cette dernière par le groupe d'experts.

Van Ommeren et coll. (1999) ont proposé un guide de traduction (*translation monitoring form*) relativement simple qui permet d'améliorer la qualité de celle-ci.

La deuxième étape est celle de la vérification empirique de la validité de l'instrument : validité de contenu, validité concomitante, validité de construit et fidélité, lesquelles nécessitent des procédures spécifiques (Haccoun, 1987 ; Vallerand, 1989). Enfin, la troisième étape nécessite d'établir des normes qui soient adaptées au contexte culturel.

Une homogénéisation des catégories

On voit la difficulté et la complexité de cette démarche. Pourtant, elle n'apparaît pas suffisante. En effet, cette méthodologie ne prend pas en compte les

données anthropologiques sur l'expérience vécue par les sujets souffrant de troubles psychiques, autrement dit, elle perpétue l'opposition forme/contenu qui sous-tend les conceptions biomédicales occidentales de la maladie mentale. Nous souscrivons en cela aux propos de Guarnaccia et coll. (1990, p. 1455) : « La validité transculturelle ne peut exister que si les catégories locales de l'expérience vécue sont intégrées dans les schémas d'évaluation. Sans cela, la recherche restera une sorte de manière coloniale d'imposer des catégories d'expérience occidentales, certaines étant partagées mais beaucoup présentant d'importantes différences ». Ceci explique que les résultats de ces travaux aillent généralement dans le sens d'une uniformité. Lorsque les différences sont discutées c'est souvent dans des termes réducteurs (pays développés *vs* en voie de développement) ou bien pour conclure à une trop grande complexité du matériel recueilli le rendant ininterprétable (Simon et coll., 1996). Selon Kirmayer et Minas (2000) : « L'absence d'attention portée aux variables sociales et culturelles ainsi qu'aux recherches ethnographiques sur les réalités sociales et culturelles de ces populations produit des données qui ne reflètent que pauvrement la réalité locale. »

Fiabilité *vs* validité

Pour certains chercheurs, l'homogénéité transculturelle apparente retrouvée à travers ces études pourrait ne constituer qu'un artefact sans validité culturelle dans les groupes étudiés (Canino et coll., 1997). La question de la fiabilité diagnostique, c'est-à-dire l'exigence d'une cohérence diagnostique entre cliniciens concernant un même patient, est centrale dans la psychiatrie occidentale moderne, et notamment dans le DSM (Kirk et Kutchins, 1998), reléguant au second plan la question de la validité culturelle des catégories ainsi définies. Pourtant, comme le font remarquer non sans humour Lewis-Fernandez et Kleinman (1995) : « Le manque de validité n'est pas compensé par la fiabilité. L'erreur d'identification d'une catégorie, même fiable, reste invalide ». Différents travaux ont mis en cause parfois sévèrement les résultats des études épidémiologiques réalisées en situation transculturelle au cours desquelles les conséquences de la situation transculturelle ont été insuffisamment prises en compte. Guarnaccia et coll. (1990) ont par exemple passé en revue les études épidémiologiques disponibles sur la santé mentale des Puerto-Ricains et d'autres Hispano-Américains à New-York celles-ci montraient une prévalence de troubles mentaux beaucoup plus élevée que pour les autres communautés. Différents travaux réalisés ultérieurement (Canino et coll., 1987 ; 1997) ont montré que ces différences étaient reliées à des facteurs sociodémographiques et qu'il existait des variations importantes parmi les sous-groupes d'Hispano-Américains (selon leur région d'origine et leur région de résidence aux États-Unis par exemple).

Facteurs culturels *vs* sociodémographiques

La définition du concept de « culture » dans ces études est souvent floue : elle ignore la diversité interne des sites qui font l'objet de recherche : diversités ethniques, religieuses, socio-économiques, entre un contexte urbain et les campagnes, degré d'occidentalisation, d'éducation, etc., diversité dont on sait pourtant l'importance ; de même elle ignore l'impact de la migration (Canino et coll., 1997 ; Kirmayer et Minas, 2000).

De nouvelles perspectives

Les études épidémiologiques comparatives possèdent une forte puissance statistique, mais les anthropologues leur reprochent leurs approximations qualitatives. De manière opposée, les travaux ethnographiques concernant l'anthropologie de la santé permettent une approche très fine sur le plan qualitatif, mais la question de la généralisation des données qu'ils produisent pose problème. Si ces deux types d'approches ont été le plus souvent mis en opposition, certains ont cherché, au contraire, à exploiter leur complémentarité.

Des approches complémentaires

L'ouvrage dirigé par Kleinman et Good (1985) est à ce titre exemplaire. Intitulé *Culture et dépression : études d'anthropologie et de psychiatrie transculturelle de l'affect et de la maladie*, ce livre constitue un recueil de travaux de psychiatrie transculturelle, d'épidémiologie et d'anthropologie sur la dépression. Ces travaux sont articulés sur le plan théorique, ce qui permet de dégager des conclusions générales originales et largement reprises depuis (Good et Kleinman, 1985). On peut citer comme autre exemple d'un tel travail le rapport *World Mental Health* (Desjarlais et coll., 1995).

L'approche émique et l'épidémiologie culturelle

La distinction émique *vs* étique (Headland et coll., 1990) a été proposée initialement dans les années cinquante. Ces termes correspondent à l'extension de termes utilisés en linguistique (phonémique et phonétique) au domaine de l'analyse sociale. Le terme *étique* désigne la perspective professionnelle, extérieure au contexte considéré, le terme *émique* rend compte des catégories localement signifiantes (Tableau 14-I).

Différents travaux ont cherché à combiner la perspective émique et la méthode épidémiologique. Manson et coll. (1985), par exemple, ont cherché à mettre en évidence des catégories émiques de troubles comparables aux troubles dépressifs, et ont ensuite réalisé une étude épidémiologique comparant ces troubles chez les Indiens hopi d'Amérique du Nord. Une pre-

Tableau 14-I
Perspective émique vs étique.

Linguistique	Analyse sociale	Exemple d'application
Phonémique (concerne les unités de sens dans un langage particulier)	Perspective émique (basée sur les représentations locales)	Études basées sur des catégories localement signifiantes (ex : possession par un *djinn* en Kabylie)
Phonétique (concerne la formulation professionnelle des unités de son, symbolisables et indépendantes du langage particulier)	Perspective étique (basée sur les représentations professionnelles, externes au groupe étudié)	Études basées sur des catégories « professionnelles », externes au contexte considéré (ex : dépression, toxicomanie, malnutrition protidocalorique, etc.)

mière étape, utilisant les méthodes de l'anthropologie, a permis de préciser cinq catégories émiques, avec leurs critères cognitifs, affectifs et comportementaux. Des instruments diagnostiques standardisés ont été ensuite modifiés en tenant compte de ces données, et testés auprès de populations cliniques et en population générale. Ce travail a notamment mis en évidence le risque élevé de faux négatifs lorsque la dépression est recherchée chez les Indiens hopi au moyen de questionnaires standardisés non modifiés, avec le risque de traitement inadéquat qui en découle. Les travaux ayant visé à intégrer les travaux anthropologiques et la recherche épidémiologique sont nombreux, on peut citer par exemple ceux de Good et coll. (1985) sur la dépression en Iran, d'Ebigbo (1982) sur les somatisations au Nigéria, les recherches de l'équipe de Patel sur les troubles mentaux au Zimbabwe (Patel et coll., 1994 ; 1995 ; 1997).

Plus récemment, Weiss (1997 ; 2001) et son équipe ont élaboré dans ce but une méthodologie spécifique au travers d'un instrument de recherche l'EMIC (*Explanatory Model Interview Catalogue*). Cet instrument est basé sur le concept de « modèle explicatif » (*explanatory models*) de Kleinman (1980). Le terme de modèle explicatif ne désigne pas seulement les théories étiologiques profanes de la maladie, mais un ensemble plus large, puisqu'il regroupe l'ensemble des réseaux sémantiques liant le vécu des troubles et les représentations des patients, des soignants, et de toute autre partie concernée, au sujet des théories étiologiques, du mode d'apparition du trouble, de ses mécanismes, de son évolution, et du recours aux soins. De plus ces éléments ne doivent pas être conçus comme rigides, mais au contraire comme fluides et susceptibles d'évolution (Williams et Healy, 2001). L'épidémiologie culturelle (Weiss, 2001) concerne les représentations locales de ces différentes dimensions. En cela, elle est à l'épidémiologie psychiatrique ce

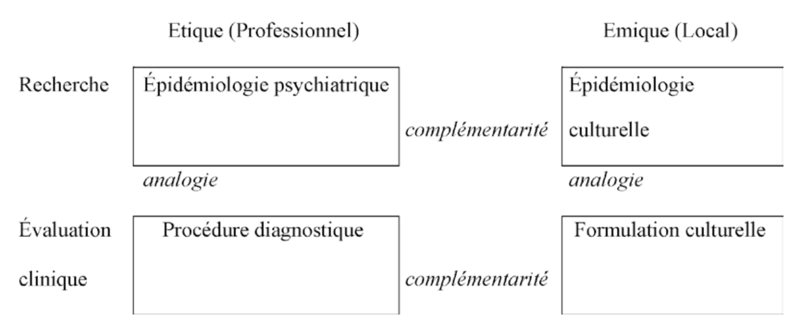


Figure 14-1
Complémentarité des approches épidémiologiques dans une relation d'analogie avec les approches cliniques (Weiss, 2001).

que la « formulation culturelle » du DSM-IV[2] est à la procédure diagnostique psychiatrique (*ibid.*), comme indiqué sur la Figure 14-1.

Le questionnaire EMIC est un cadre d'entretien semistructuré qui doit être adapté à chaque situation. En effet, son utilisation nécessite qu'il soit adapté selon les troubles étudiés et le contexte local, ce qui implique une analyse préalable de la littérature anthropologique et ethnographique. Les différentes dimensions de la notion de modèle explicatif ont été opérationnalisées selon trois catégories : modes d'expression de la souffrance (*pattern of distress*), causes perçues (*perceived causes*), comportement de recherche d'aide (*help-seeking*). Pour chacune de ces catégories sont proposées des questions ouvertes puis des questions fermées. Le matériel recueilli est analysé de manière quantitative et qualitative, ce qui permet d'expliciter les catégories et leur signification. Cette méthodologie donne lieu à un nombre croissant d'études et de publications (Weiss, 1997) ; en France, notre équipe a conduit à Bobigny une étude utilisant cette méthodologie dans le champ de la toxicomanie (Taïeb et Baubet, 2001).

D'autres équipes ont également élaboré des questionnaires avec des objectifs proches mais des méthodologies différentes : le *Illness Perception Questionnaire* (IPQ) est constitué de questions fermées (Weinman et coll., 1996), et le *Short Explanatory Model Interview* (SEMI), de passation plus simple et plus rapide que l'EMIC, ne comprend pas de méthode d'analyse définie (Lloyd et coll., 1998).

Plus récemment, une équipe canadienne a proposé le *McGill Illness Narrative Interview* (MINI), un entretien semistructuré visant à l'étude du discours du patient sur son expérience de la maladie. Ce sont ici les processus de narrativité qui sont étudiés, au-delà de la question des modèles explicatifs

2 *Cf.* chapitre 8.

de la maladie. Le matériel recueilli peut ensuite être interprété au regard de différentes grilles théoriques : de l'anthropologie médicale, de la sociologie, ou de la psychologie de la narrativité (Groleau et coll., 2006).

L'ethnicité comme variable épidémiologique

L'*ethnicité* est fréquemment utilisée comme variable dans les études épidémiologiques, notamment dans le contexte nord-américain, dans lequel les études distinguent Afro-Américains, Hispano-Américains, etc. Senior et Bhopal (1994) ont souligné combien il convenait d'être prudent avec ce concept. L'ethnicité n'est ni la « race » (renvoyant à une conception pseudobiologique erronée), ni le statut de migrant, ni la nationalité, mais un concept complexe et imprécis, par nature fluide et mouvant. Il faut se garder de toute réification de la notion d'ethnicité, de sa transformation en une catégorie figée et naturelle qui réduirait la complexité des appartenances multiples des sujets à une seule dimension (Sturm, 2000). Il s'ensuit qu'il n'est pas possible d'utiliser cette variable dans la recherche sans :

- la définir préalablement de manière précise ;
- et préciser la manière dont on l'attribue aux groupes étudiés.

Deux autres limitations sont importantes : ces données doivent être corrélées à celles témoignant du statut socio-économique, et les résultats ne sont pas généralisables. Ils sont valables pour un groupe donné à un moment donné de son histoire et de l'histoire de ses relations avec les autres composantes de la population.

Bibliographie

Brislin RW. Translation : applications and research. New-York : Wiley ; 1986.

Canino G, Bird H, Rubio-Stipec M et al. Reliability of child diagnosis in a hispanic sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1987 ; 26 (4) : 560–5.

Canino G, Lewis-Fernandez R, Bravo M. Methodological challenges in cross-cultural mental health research. Transcult Psychiatry 1997 ; 34 (2) : 163–84.

Desjarlais RR, Eisenberg L, Good BJ, Kleinman A. World Mental health : problems and priorities in the low-income countries. New York : Oxford University Press ; 1995.

Ebigbo P. Development of a cultural specific (Nigeria) screening scale of somatic complaints indicating psychiatric disturbances. Cult Med Psychiatry 1982 ; 6 : 29–43.

Flaherty JA, Gavira MF, Pathak D et al. Developping instruments for cross-cultural psychiatric research. J Nerv Ment Dis 1988 ; 176 (5) : 257–63.

Haccoun RR. Une nouvelle technique de vérification de l'équivalence de mesures psychologiques traduites. Revue Québécoise de Psychologie 1987 ; 8 (3) : 30–9.

Good BJ, DelVecchio Good MJ, Moradi R. The interpretation of iranian depressive illness and dysphoric affect. In : Kleinman A, Good B. Culture and depression :

studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder. Berkeley : University of California Press ; 1985. p. 369–428.

Good BJ, Kleinman A. Épilogue ; culture and depression. In : Kleinman A, Good B. Culture and depression : studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder. Berkeley : University of California Press ; 1985. p. 491–505.

Groleau D, Young A, Kirmayer LJ. The McGill Illness Narrative Interview (MINI) : An Interview Schedule to Elicit Meanings and Modes of Reasoning Related to Illness Experience. Transcultural Psychiatry 2006 ; 43 (4) : 671–91.

Guarnaccia PJ, Good BJ, Kleinman A. A critical review of epidemiological studies of puerto rican mental health. Am J Psychiatry 1990 ; 147 : 1449–56.

Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures : litterature review and proposed guidelines. J Clin Epidemiol 1993 ; 46 (10) : 1417–32.

Headland TN, Pike KL, Harris M. Emics and etics : the insider/outsider debate. Newburry Park et London : Sage ; 1990.

Kirk SA, Kutchins H. Aimez-vous le DSM-IV ? Le triomphe de la psychiatrie américaine. Le Plessis Robinson : Institut Synthelabo ; 1998 [Titre orig. : The selling of DSM : the rhetoric of science in psychiatry.].

Kirmayer LJ, Minas H. The future of transcultural psychiatry. Can J Psychiatry 2000 ; 45 : 438–46.

Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. Berkeley : University of California Press ; 1980.

Kleinman A, Good B. Culture and depression : studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder. Berkeley : University of California Press ; 1985.

Lewis-Fernandez R, Kleinman A. Cultural psychiatry : theoretical, clinical, and research issue. Psychiatr Clin North Am 1995 ; 18 : 433–48.

Lloyd KR, Jacob KS, Patel V. The development of the short Explanatory Model Interview (SEMI) and its use among primary-care attenders with common mental disorders. Psychol Med 1998 ; 28 : 1231–7.

Mackey WF. Bilinguisme et contact des langues. Paris : Klincksieck ; 1976.

Manson SM, Shore JH, Bloom JD. The depressive experience in american indian communities : a challenge for psychiatric theory and diagnosis. In : Kleinman A, Good B. Culture and depression : studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder. Berkeley : University of California Press ; 1985. p. 331–68.

Marsella AJ, Sartorius N, Jablensky A, Fenton FR. Cross-cultural studies of depressive disorders : an overview. In : Kleinman A, Good B. Culture and depression : studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder. Berkeley : University of California Press ; 1985. p. 299–324.

Marsella AJ. Thoughts on cross-cultural studies on the epidemiology of depression. Cult Med psychiatry 1978 ; 2 : 343–57.

Murphy HBM, Wittkower E, Chance N. Cross-cultural inquiry into the symptomatology of depression. Transcult Psychiatr Res Review 1964 ; 1 (1) : 5–21.

OMS. Les troubles dépressifs dans différents contextes culturels. Genève : OMS ; 1983.

OMS. Schizophrenia : an international follow-up study. Chichester : Wiley ; 1979.
OMS. The international pilot study of schizophrenia. Geneve : OMS ; 1973.
Patel V, Gwanzura F, Simunyu E et al. The explanatory models and phenomenology of common mental disorder in Harare, Zimbabwe. Psychol Med 1995 ; 25 : 1191–9.
Patel V, Mann A. Etic and emic criteria for non-psychotic mental disorder : a study of the CISR and care provider assessment in Harare. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1997 ; 32 : 84–9.
Patel V, Winston M. The « universality » of mental disorder revisited : assumptions, artefacts, and new directions. Br J Psychiatry 1994 ; 165 : 437–40.
Sartorius N, Janca A. Psychiatric assessment instruments developed by the World Health Organization. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1996 ; 31 : 55–69.
Sartorius N. Epidemiology of depression. WHO Chronicle 1975 ; 29 : 423–7.
Senior PA, Bhopal R. Ethnicity as a variable in epidemiological research. BMJ 1994 ; 309 : 327–30.
Simon G, Gater R, Kisely S, Piccinelli M. Somatic symptoms of distress : an international primary care study. Psychosom Med 1996 ; 58 : 481–8.
Sturm G. Le rôle de l'ethnicité en psychothérapie : une étude sur le vécu subjectif des appartenances. L'autre, Cliniques, Cultures et Sociétés 2000 ; 1 (2) : 339–47.
Taïeb O, Baubet T. Impact de la représentation de la maladie dans la prise en charge des patients toxicomanes. Analyse longitudinale. L'autre, Cliniques, Cultures et Sociétés 2001 ; 2 (3) : 545–9.
Vallerand RJ. Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. Psychologie Canadienne 1989 ; 30 (4) : 662–89.
Van Ommeren M, Sharma B, Thapa S et al. Preparing instruments for transcultural research. Transcult Psychiatry 1999 ; 36 (3) : 285–301.
Weiss MG. Cultural epidemiology : an introduction and overview. Anthropology et Medicine 2001 ; 8 (1) : 5–29.
Weiss MG. Explanatory model interview catalogue (EMIC) : framework for comparative study of illness. Transcult Psychiatry 1997 ; 34 (2) : 235–63.
Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The Illness Perception Questionnaire: a new method for assessing illness perceptions. Psychol Health 1996 ; 11 : 431–46.
Williams B, Healy D. Perceptions of illness causation among new referrals to a community mental health team : « explanatory model » or « exploratory map » ? Soc Sci Med 2001 ; 53 (4) : 61–72.

15 L'étude du bilinguisme précoce : une recherche transculturelle

Dalila Rezzoug, Marie Rose Moro

Le bilinguisme pose des problèmes complexes, dont certains sont objet de controverses. L'une des questions les plus débattues est de savoir s'il est bénéfique de transmettre la langue maternelle aux enfants de migrants et à ceux qui vivent dans un contexte plurilinguistique à une période de leur développement. Des réponses à cette question, dépendent à la fois des dispositifs éducatifs et des stratégies de soins. Car transmettre sa langue n'est pas seulement un acte linguistique, c'est également un processus de transmission culturelle et identitaire, qui influe sur la construction de la parentalité (Moro, 2007) et celle de la personnalité et des affiliations de l'enfant (Bensekhar-Bennabi et Serre, 2005).

L'équipe pluridisciplinaire du Centre du langage a été reconnue centre référent langage (Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Avicenne) en 2001 avec, sur le plan de la recherche, une mission d'étude des bilinguismes actuels. C'est un centre de référence nationale pour les troubles du langage (ministères de la Santé et de l'Éducation nationale) et internationale pour le bilinguisme. Il a une mission d'évaluation, de soins, de recherche et de formation. Du fait de la population multiculturelle qu'il reçoit (enfants de parents migrants venant selon les années de plus de 25 pays différents en moyenne), il a été confronté rapidement aux carences d'outils pour évaluer et soigner les enfants dont la langue maternelle n'est pas le français (Fantini et Beviliacqua, 2007). Son objectif est de mettre en place une recherche sur le bilinguisme, dans la continuité des recherches transculturelles menées par l'équipe avec les enfants (Bialystok, 1991 ; De Plaen et coll., 1998; Réal et Moro, 2002 ; Moro, 2003) et du travail réalisé avec les parents migrants et les familles (Moro, 2004). Alors que de nombreux enfants issus de la migration (primo-arrivants ou enfants de migrants) apprennent très vite la langue française dès l'entrée à l'école, certains restent dans l'interlangue : ils ne peuvent réaliser le passage d'une langue à l'autre et présentent des troubles complexes du langage. En fait, d'après les travaux réalisés sur le sujet en France (*ibid.*), 5 à 15 % seulement des enfants seraient vraiment bilingues et béné-

Psychopathologie transculturelle

ficieraient des avantages cognitifs et affectifs associés à cette double compétence linguistique.

L'objectif de notre travail est à la fois théorique (étude des facteurs favorisant ou entravant l'accès au bilinguisme) et clinique (construction d'un outil d'évaluation). Il n'existe actuellement aucun test permettant d'étudier le bilinguisme dans différentes langues de manière reproductible et comparable, ce qui est l'objectif de la batterie *ELAL* (Évaluation langagière pour allophones et primo-arrivants) que nous avons élaborée, à partir de notre expérience en clinique et en recherche des questions langagières et des processus de transmission dans le contexte migratoire (Moro, 1994 ; 1998 ; 2004 ; De Plaen et coll., 1998).

À l'étape actuelle de notre travail, notre objectif est d'étudier les différents facteurs qui entrent en jeu dans la transmission et l'acquisition du bilinguisme. La première phase de notre recherche consistera à évaluer de manière concrète le bilinguisme chez des enfants allophones ou primo-arrivants, par une analyse qualitative et quantitative de leurs compétences dans les deux langues (langue maternelle et français). Il s'agira ensuite de décrire le contexte de la transmission langagière, qui s'inscrit dans l'histoire singulière de chaque famille mais également dans la réalité collective du pays d'origine et du pays d'accueil. Enfin, nous analyserons les corrélations existant entre le type de bilinguisme des enfants et ce contexte (en particulier les affiliations[1] des parents au pays d'origine et à la France). Cette contextualisation de l'apprentissage langagier nous permettra de tester les hypothèses élaborées à partir de notre pratique clinique et des questions soulevées par les équipes qui nous consultent sur ces thèmes.

État de la question

Définition du bilinguisme

Le bilinguisme est en général relatif. La difficulté à préciser le seuil à partir duquel le bilinguisme est considéré comme effectif souligne que, de fait, la maîtrise des deux langues est inégale. De multiples facteurs propres à l'histoire du sujet, à la place et aux fonctions des langues dans son environnement, contribuent à la dissymétrie de compétence dans les deux langues. Le bilingue est le sujet qui, placé dans une configuration familiale ou sociale l'incitant à développer et à entretenir des compétences linguistiques doubles, possède des compétences minimales dans les deux langues qui lui sont données à apprendre (Hamers et Blanc, 1983 ; Bialystok, 1991 ; Grosjean, 1982).

1 Les affiliations sont les appartenances des enfants, sociales, culturelles ou scolaires.

Pour Hamers et Blanc (1983), il convient de distinguer la bilingualité du bilinguisme. Le bilinguisme inclut la bilingualité, qui se réfère à l'individu (c'est un bilinguisme individuel). La bilingualité est comprise comme « un état psychologique de l'individu qui a accès à plus d'un code linguistique » (*ibid.*). Dans ce cas, le degré d'accès aux codes varie selon un certain nombre de dimensions, notamment d'ordre cognitif, sociologique, culturel et linguistique. Dans la situation « idéale », le bilinguisme est équilibré (*ibid.*), l'individu étant également compétent dans les deux langues. Dans cette situation, la maîtrise de deux idiomes linguistiques permet une expression fluide et en même temps suffisamment riche dans les registres factuel, émotionnel et symbolique.

Le bilinguisme est considéré comme dominant lorsque la compétence dans une langue est supérieure à l'autre. La dominance n'est pas nécessairement à l'avantage de la langue maternelle, comme le montre la situation des enfants issus de la migration, chez lesquels l'acculturation et la scolarisation dans le pays d'accueil restreignent les compétences en langue maternelle, alors même qu'ils sont considérés par les professionnels comme des allophones (ayant une langue maternelle autre que le français). Bien entendu, une multiplicité de facteurs comme l'intensification des échanges linguistiques dans une langue seconde et la diminution des communications dans la langue maternelle contribuent à ce déséquilibre entre les deux. Notre pratique professionnelle dans le domaine de la santé mentale, dans un contexte d'hétérogénéité culturelle, nous a permis de constater qu'à ces deux facteurs s'ajoute celui de la dévalorisation des langues dites « d'origine ». C'est de cette expérience qu'il s'agit ici.

Bilinguisme et acquisition : les effets cognitifs positifs du bilinguisme

Dès la fin de la vie intra-utérine, les fœtus ont certaines capacités auditives. À la naissance, ils disposent d'une remarquable sensibilité auditive qui leur permet, potentiellement, de distinguer les phonèmes de toutes les langues. On pourrait presque parler d'oreille universelle. S'ils étaient exposés à une grande diversité de langues à cette époque de la vie, ils pourraient percevoir puis produire n'importe quel phonème. Mais sous l'influence de la langue qui est parlée autour d'eux, leur système phonologique se spécialise et se restreint (De Boysson-Bardies, 2004). En étudiant les compétences phonologiques d'un enfant acquérant le langage dans un milieu bilingue, on a montré que la capacité à distinguer à quelle langue appartiennent des signaux acoustiques différents émerge très tôt. L'enfant est capable de différencier sa langue maternelle d'une autre dans la période prélinguistique, c'est-à-dire avant un an, lorsque les phonèmes de sa langue commencent à se mettre en place (Bijeljac-Babic, 2000).

Ainsi, grâce aux processus de plasticité, plus l'exposition à une langue est précoce, plus son apprentissage est aisé. En ce sens, il semble préférable de favoriser la mise en place d'un système langagier double dans la période où l'enfant structure son langage. De plus, les bilingues précoces bénéficient de leur condition d'enfant ; ils sont moins inhibés et peu influencés par la crainte de se tromper qui intervient davantage à l'adolescence. Dès lors que l'on admet que le plurilinguisme précoce est un levier du développement de l'enfant, on peut affirmer le caractère bénéfique de la pratique du bilinguisme et des langues familiales des migrants.

Avant les années 1960, les recherches sur le bilinguisme tendaient plutôt à démontrer les désavantages cognitifs du bilinguisme. Venant en particulier des États-Unis, elles s'inscrivaient dans le contexte de la migration hispanique provenant de milieux socioculturels très défavorisés. Depuis plusieurs années, les avantages du bilinguisme aux plans cognitif et psychopathologique (Epstein et coll., 2003 ; Vuorenkoski et coll., 2000) ont été de plus en plus soulignés dans la littérature, par exemple à l'adolescence dans les études de Chen et coll. (2000), de Chien et coll. (2002), de Gfroerer et Tan (2003) ou de Moro (2007).

Une recherche récente d'Ellen Bialystok (Bialystok et coll., 2004) a montré, chez des sujets âgés, les effets positifs du bilinguisme, qui permettrait d'atténuer l'impact négatif du vieillissement sur les fonctions cognitives. Cette recherche a repris l'hypothèse du « seuil minimal de compétence linguistique » de Cummins (1979), qui stipule :

- qu'un premier seuil de compétence doit être atteint pour prévenir le handicap cognitif lié à un apprentissage bilingue ;
- et qu'un deuxième niveau de compétence langagière doit être dépassé pour que la bilingualité influence de façon positive le développement cognitif.

Cette hypothèse, simplifiée, a donné à penser qu'il n'était pas possible d'apprendre une deuxième langue avant d'avoir solidement acquis la première, condamnant ainsi implicitement l'apprentissage conjoint de deux langues. Dans le milieu éducatif, elle a abouti à ce que l'on conseille aux parents de ne plus parler leur langue d'origine afin de faciliter l'accès au français, la langue maternelle étant alors perçue comme un frein pour la bonne acquisition et maîtrise d'une deuxième langue. Ce qui est contraire à l'hypothèse de Cummins dans les cas les plus fréquents où la langue maternelle de l'enfant n'est pas le français (Bentolila, 2008).

En 1962, l'étude de Peal et Lambert a été la première à proposer une méthodologie rigoureuse comparant bilingues et monolingues appariés par l'âge, le sexe, le niveau socio-économique et s'appuyant sur une définition claire du bilinguisme. Depuis, la plupart des études ont mis en évidence la flexibilité cognitive permise par le passage d'un système de symboles à un autre (Bialystok et coll., 2004).

Bialystok (1991) a montré que les enfants bilingues avaient un contrôle cognitif plus efficient que les monolingues. Ils traitent mieux que les monolingues les tâches impliquant l'analyse et la synthèse des informations. Aujourd'hui, il existe un relatif consensus sur l'idée (Hamers et Blanc, 1983 ; Bialystok, 1991) que la coexistence de deux systèmes linguistiques génère des connaissances d'un ordre métalinguistique, avec une meilleure conscience phonologique et de meilleures aptitudes dans les jugements de grammaticalité ou les tâches de catégorisation. D'autre part, les facteurs personnels interviennent dans la qualité du bilinguisme, en lien avec la configuration sociolinguistique dans laquelle le sujet vit (Mackey, 1976). Ces contraintes psychologiques et sociales influencent l'expression du bilinguisme.

Les enfants de migrants qui sont au centre de notre projet bénéficient-ils des mêmes avantages du bilinguisme ? Ces enfants ont la particularité d'avoir pour parents des immigrés issus de pays divers, d'appartenir aux catégories les moins favorisées et de venir de pays qui sont confrontés au multilinguisme. Dans de tels cas, les familles que nous rencontrons, lorsqu'elles ne sont pas déjà bilingues, ont au moins une langue à transmettre à leurs enfants qui doivent par ailleurs apprendre le français dès l'école maternelle.

Objectif

L'objectif de notre recherche est double :

- il s'agit de valider un outil d'évaluation de la langue maternelle, qui est inédit et n'a aucun équivalent à ce jour en France et dans les pays anglo-saxons. Cet outil transculturel, construit à partir du concept d'invariants du langage, permettra d'évaluer les compétences langagières minimales en langue maternelle dans plusieurs langues ;
- le deuxième objectif consiste à mettre en évidence les facteurs qui sont déterminants dans l'acquisition du bilinguisme et par conséquent dans la survenue de ses avatars (notamment les troubles du langage complexes observés dans ce contexte), en tenant compte de l'histoire migratoire, de la nature des affiliations culturelles, c'est-à-dire du parcours langagier.

Les bases théoriques et méthodologiques de construction de l'ELAL d'Avicenne

Les fondements psycholinguistiques d'une recherche à visée psychopathologique : une approche interlangue

La constitution d'un domaine bidisciplinaire (la psycholinguistique), la pratique clinique de la pathologie du langage et une meilleure connaissance des

modalités et des conditions d'acquisition du langage ont permis de réaliser des progrès dans la méthodologie d'évaluation du langage. Des tests standardisés et étalonnés à partir d'une population de référence répartie en classes d'âge sont disponibles dans l'espace francophone et anglophone (Reynell et Gruber, 1990 ; DiSimoni et coll., 2007). Ils permettent d'évaluer de façon fine et différenciée les diverses composantes du langage (lexique, phonologie et conscience phonologique, syntaxe et conscience métasyntaxique, mémoire verbale, etc.) et de situer les performances des enfants sur une échelle de développement. Seule la référence à une norme issue d'un groupe « représentatif » pour un âge donné peut permettre de se prononcer sur la « normalité » ou un éventuel retard dans l'acquisition du langage. Par ailleurs la précision de l'évaluation langagière découle de la complexité de l'outil utilisé, de l'étendue du champ des connaissances verbales ciblées et de la diversité des items qui le composent, dans le cadre d'une approche intégrative des troubles du langage de l'enfant (Plaza, 2004).

Notre pratique en pédopsychiatrie nous a confrontés à une lacune : nous ne disposons pas d'une épreuve linguistique permettant de mettre en évidence, chez un enfant, l'existence de connaissances linguistiques qui lui auraient été transmises par son groupe familial ou culturel non francophone.

Dans le choix des items qui composent le test, nous avons inclus des aspects linguistiques « contraints », c'est-à-dire appris par l'enfant et transmis par son milieu quelle que soit la langue qui lui est donnée à apprendre.

Pour que les évaluations soient réalisées dans des conditions comparables dans les différentes langues, en ciblant de manière effective les aspects langagiers considérés comme sensibles, nous devons répondre à deux exigences majeures :

- ce test doit cibler les aspects conceptuels les plus généraux dans les acquisitions propres à l'enfant et dans le langage adulte qui lui est proposé. Ces acquisitions, abordées comme des représentations auxquelles correspondent des « étiquettes verbales », doivent être clairement précisées pour éviter les biais de traduction ;
- il doit être suffisamment spécifique, car il est destiné à des primo-arrivants et à des allophones, dont les langues sont très contrastées du point de vue de leur organisation sémantique et formelle.

Le premier critère conduit à privilégier des représentations conceptuelles considérées comme très largement partagées par des langues différentes. Ces concepts correspondent à des représentations d'ordre sémantique fondamental, nécessairement acquises quelles que soient les langues considérées (notions d'objet animé et inanimé, de temps et d'espace, de substantif et d'action, etc.). Cependant, nos recherches antérieures nous ont permis de constater que des notions linguistiques considérées comme très largement

partagées et apprises précocement ne l'étaient pas de la même façon dans toutes les langues. En effet, des langues différentes renvoient en réalité à des pratiques culturelles différentes qui n'investissent pas, notamment dans les actions éducatives précoces, les mêmes connaissances linguistiques ni le même lexique.

D'autre part, la recherche psycholinguistique montre que des variations affectent le rythme d'acquisition de langues différentes, notamment pour des notions sémantiques équivalentes qui ne sont pas codées par des procédés morphosyntaxiques similaires. Par exemple, il a été établi que le codage des notions spatiales à l'aide de postpositions (turc) au lieu des prépositions (langues romanes) pouvait en faciliter l'acquisition (Slobin, 1985).

On sait donc que des facteurs qui découlent de la particularité d'organisation des langues affectent le processus de leur acquisition chez l'enfant. Par exemple, des facteurs tels que la fréquence d'occurrence d'une notion dans la langue, les modalités grammaticales de son codage (pré ou post-fixation, mot fonctionnel ou unité lexicale, etc.), les contraintes syntaxiques et la transparence sémantique jouent un rôle déterminant et peuvent anticiper ou retarder l'acquisition (Bensekhar-Bennabi, 1987). C'est la raison pour laquelle la validation clinique du test que nous proposons doit passer par l'utilisation d'une méthodologie interlangue.

L'outil ELAL-Avicenne

C'est un outil d'évaluation du langage de l'enfant dans sa langue maternelle, qui n'a pas encore été publié. Il concerne les enfants de grande section de maternelle ou de cours préparatoire (entre 5 et 6 ans révolus). Pour les enfants plus âgés (qui ne sont pas l'objet de notre étude), il doit être complexifié par rapport à la notion d'espace et faire apparaître la notion de temporalité avec un récit.

Pour être utilisé quelle que soit la langue, le test propose à l'interprète des questions qui ne traduisent pas littéralement des référents de la langue française mais qui permettent d'évaluer un concept dans toutes les langues (exemple de l'adjectif de couleur qui n'existe pas dans toutes les langues mais dont la qualité peut être décrite dans toutes les langues selon des références particulières).

Il explore la production et la compréhension en langue maternelle :

- *compréhension* : désignation de couleurs, qualification d'états ou de formes, localisation spatiale, compréhension d'énoncés, lexique sur images ;
- *production* : dénombrement, dénomination de couleurs, localisation spatiale, lexique sur images, lexique sur objets, récits ;
- *production de récit sur histoires en images*.

Ce test évalue les connaissances minimales requises à l'âge de la passation. La passation du test est résumée par un score global et trois sous-scores évaluant la compréhension, la production et la production de récit.

Résultats attendus

Les retombées de notre recherche sont à la fois théoriques et cliniques.

Au plan théorique, nous souhaitons valider le test ELAL. Nous souhaitons de plus contribuer à l'analyse des parcours langagiers des enfants de migrants, des composantes psychologiques et culturelles du bilinguisme et en particulier des processus qui contribuent à un bilinguisme harmonieux pour les enfants de migrants et à un investissement de la langue seconde, le français.

Au plan clinique, il s'agit de contribuer à :

- l'amélioration de l'évaluation des troubles du langage chez les enfants de migrants dans leur langue maternelle en plus du français, élément indispensable pour porter le diagnostic de trouble spécifique du langage en français grâce à la validation de l'ELAL ;
- l'optimisation des prises en charge thérapeutiques par une meilleure connaissance des facteurs familiaux et affectifs en jeu dans les troubles psychopathologiques et langagiers des enfants de migrants ;
- la formation des thérapeutes et des enseignants qui travaillent avec des enfants vivant dans un contexte de bilinguisme ;
- la sensibilisation des intervenants du milieu scolaire et éducatif à l'utilité de la transmission de la langue maternelle pour bien acquérir la langue française (très souvent encore l'école conseille aux parents de parler le français à leur enfant, même s'ils ne maîtrisent pas bien cette langue).

Bibliographie

Bensekhar-Bennabi M, Serre G. L'univers du bilingue et la réalité des familles bilingues. Entretiens de la petite enfance septembre 2005.

Bensekhar-Bennabi M. Genèse et usage des relations spatiales dans le bilinguisme précoce. Thèse de Doctorat (dir. Imberty M.) Paris-X, Nanterre, 1987.

Bentolila A. Le goût de l'autre. L'autre, Cliniques, Cultures et Sociétés 2008 ; 9 (2) : 187–94.

Bialystok E, Craik FIM, Klein R, Viswanathan M. Bilingualism, aging, and cognitive control : Evidence from the Simon task. Psychology and Aging 2004 ; 19 : 290–303.

Bialystok H. Language processing in bilingual children. Cambridge : Cambrige University Press ; 1991.

Bijeljac-Babic R. Acquisition de la phonologie et bilinguisme précoce. In : Kail M, Fayol M. L'acquisition du langage. Paris : PUF ; 2000. p. 161–92.

Chen J, Bauman A, Rissel C et coll. Substance use in high school students in New South Wales, Australia, in relation to language spoken at home. J Adolesc Health 2000 ; 26 : 53–63.

Chien LY, George MA, Armstrong RW. Country of birth and language spoken at home in relation to illicit substance use. Can J Public Health 2002 ; 93 : 188–92.

Cummins J. Linguistic Interdependence and the Educational Development of Bilingual Children. Review of Educational Research 1979 ; 49 (2) : 222–51.

De Boysson-Bardies B. Comment la parole vient aux enfants. Paris : Odile Jacob ; 2004.

De Plaen S, Moro MR, Pinon Rousseau D, Cissé C. L’enfant qui avait une mémoire de vieux… Un dispositif de soins à recréer pour chaque enfant de migrants. Prisme 1998 ; 8 : 44–77.

DiSimoni F, Ehrler DJ, Mc Ghee RL. Token test for children (revised). Greenville, SC : Super Duper Publications ; 2007.

Epstein JA, Doyle M, Botvin GJ. A mediational model of the relationship between linguistic acculturation and polydrug use among Hispanic adolescents. Psychol Rep 2003 ; 93 (3 Pt 1) : 859–66.

Fantini F, Beviliacqua P. TEMAS : A new projectiv/narrative test for multi-cultural assessment. L’autre, Cliniques, Cultures et Sociétés 2007 ; 8 (3) : 397–408.

Gfroerer JC, Tan LL. Substance use among foreign-born youths in the United States : does the length of residence matter ? Am J Public Health 2003 ; 93 : 1892–5.

Grosjean F. Life with two languages. An introduction to bilingualism. Cambridge MA : Harvard University Press ; 1982.

Hamers JF, Blanc M. Bilingualité et bilinguisme. Sprimont (Belgique) : Pierre Mardaga ; 1983.

Moro MR. Enfants d’ici venus d’ailleurs. Naître et grandir en France. Paris : La Découverte ; 2004.

Moro MR. Parents en exil. Psychopathologie et migrations. Paris : PUF ; 1994.

Moro MR. Thérapie transculturelle des enfants de migrants. Paris : Dunod ; 1998.

Moro MR. Parents and infants in changing cultural context : immigration, trauma and risk. Infant Mental Health Journal 2003 ; 24 : 240–64.

Moro MR. Aimer ses enfants ici et ailleurs. Paris : Odile Jacob ; 2007.

Moro MR, Heidenreich F. Children all over the world. The International Association of Child and Adolescents Psychiatry Bulletin (IACAPAP) 2004 ; 1 : 8–19 (USA).

Peal E, Lambert WE. (cité par Hamers et Blanc). The relation of bilingualism to intelligence. Psychological Monographs 1962 : 1–23.

Plaza M. Les troubles du langage de l’enfant. Hypothèses étiologiques spécifiques, Perspective intégrative. Neuropsychiatrie de l’enfance et de l’adolescence 2004 ; 52 : 460–6.

Réal I, Moro MR. Le corps au cœur de la problématique adolescente : éléments transculturels. Prisme 2002 ; 37 : 46–55.

Reynell JK, Gruber CP. Reynell Developmental Language Scales. Los Angeles : Western Psychological Association ; 1990.

Slobin D. Cross linguistic study of language acquisition. Hillsdale NJ : Lawrence Erlbaurn Associates ; 1985.

Vuorenkoski L, Kuure O, Moilanen I et coll. Bilingualism, school achievement, and mental wellbeing : a follow-up study of return migrant children. J Child Psychol Psychiatry 2000 ; 41 : 261–6.

Conclusion

Thierry Baubet, Marie Rose Moro

Ces 25 dernières années, la psychiatrie transculturelle s'est développée en France principalement au travers de consultations spécialisées, et non sans polémique. Dans un pays marqué par son passé colonial et imprégné par le modèle d'intégration républicain, modifier nos manières de faire et de penser pour proposer aux familles migrantes des soins adaptés n'allait sans doute pas de soi. L'analyse de la littérature internationale montre pourtant qu'il s'agit d'une préoccupation assez universelle et un corpus important de données est aujourd'hui accumulé aussi bien en clinique qu'en recherche.

La prise en compte des aspects culturels dans les actes diagnostiques et thérapeutiques s'impose aujourd'hui. La forme de cette prise en compte doit cependant être modulée selon le contexte : il sera parfois nécessaire d'avoir recours à une consultation spécialisée, plus souvent il conviendra d'aménager le cadre thérapeutique, et dans tous les cas, la question de la distance culturelle (entre le patient et le clinicien, entre les théories du patient et les nôtres) devra être pensée et intégrée au dispositif d'évaluation et de soin. Prendre en compte ces aspects culturels n'exclut pas, au contraire même, d'être attentif au contexte social et politique dans lequel sont pris les patients migrants, et aux interférences de ce contexte avec la souffrance psychique. Nous avons également insisté sur la complexité du concept de culture que nous utilisons qui se réfère aux appartenances multiples, métissées et mouvantes des patients, et pas à une prétendue « culture d'origine » qui leur serait assignée.

Il est aujourd'hui nécessaire de développer en France la recherche et l'enseignement dans ce champ transculturel[1], de se préoccuper de sa transmission[2] et enfin, de promouvoir la coopération avec les confrères travaillant dans les différents pays dont sont issus les migrants vivant en France.

La psychiatrie transculturelle n'est pas une curiosité exotique. Sa portée pragmatique est bien réelle pour la pratique quotidienne en France et dans le monde, et elle interroge finalement l'ensemble de la psychiatrie en nous rappelant qu'il ne peut exister de théorie ni de pratique de la psychiatrie ou de la psychologie qui ne soit pas culturelle.

1 Développer d'autres enseignements comme le Diplôme universitaire de psychiatrie transculturelle de Paris XIII – Bobigny.

2 Actuellement il existe une seule revue transculturelle en français : *L'autre, Cliniques, Cultures et Sociétés*.

Index des auteurs

Index

D

E

F

Q

R